الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -
Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -
Faculté des Sciences Sociales et Humaines

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج
- البويرة -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الإجتماعية

فرع: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

العنوان:

تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة المفرطة (34-50) سنة

(دراسة عيادية لخمس حالات)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:

✍ زمور تنهينان

إشراف الأستاذة:

✎ سيدر كميلة

السنة الجامعية: 2014 / 2015

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر

أشكر الله، أولا و آخرا، على نعمته التي لا تعد و لا تحصى، وأحمده على وافر فضله و واسع جوده و كرمه الذي شملني لأصل إلى هذا اليوم.

فلا يسعني إلا أن أتوجه بالشكر إلى جميع الأساتذة الأفاضل الذين كان لهم الفضل في تلقيني أسس و مناهج البحث العلمي و التي سمحت لي بإنجاز هذا البحث المتواضع. و أخص منهم بالذكر الأستاذة الفاضلة سيدر كميلة ، المشرفة على هذا العمل و التي حرصت على أن يكون نموذجا لكل الدراسات.

أشكر كل من علمني حرفا ... تجربة ... و نصيحة ...

أشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل.



الإهداء

أهدي ثمرة جهدي و نتاج سهري إلى من بأملهم درجت و أمام أعينهم كبرت و بجناحهم غمرت و بعطفهم أحسست إلى والدي الغاليين أمي و أبي و إلى جدتي و خالي "اولحاجن علي" الغاليين.

راجية من المولى عز و جل أن يحفظهم جميعا

إلى أخي الغالي "بلال" و أختايا الغاليتين "صوفيليا" و "ماسيسليا"

إلى أملي في الدنيا نصفي الثاني محمد و إلى والديه الكريمين أطال الله في عمرهما

و إلى جميع أخواته خصوصا أخوه الغالي الذي أعتبره أخي الغالي الذي سهر اليالي لأنجز هذا العمل "حسين" حفظه الله.

إلى جميع الأحبة و الأصدقاء خصوصا صديقتي "دربال صبرينة"

إلى كل من يعرفني

و إلى كل من علمني حرفا.

فهرس المحتويات:

فهرس الجداول:

فهرس الأشكال:

مقدمة

مقدمة:

تعد الصحة النفسية و الجسدية هدف كل إنسان ليحيا حياة هادئة و خالية من كل الأمراض، حيث أن كل من الجسد و النفس وحدة متكاملة و غير منفصلة، فقد يحدث أن يتأثر هذا الجسد بمختلف الأمراض حاملة معها أثار ملموسة، على هذه العضوية الجسدية كالسمنة التي شاع انتشارها في العالم حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام (2005) أنه ما يقارب 1،6 مليار بالغ عبر العالم يعانون من السمنة و عليه شهدت المجتمعات المحلية و العالمية أزمات صحية كثيرة نتيجة للتطور السريع و الملحوظ لهذا المرض.

و تعتبر السمنة من الموضوعات الصحية و النفسية و الإجتماعية البالغة الخطورة و الأهمية في حياة الفرد و المجتمع و مما يزيد من خطورتها هو تشويهها لصورة الجسم التي تؤثر على الشخصية، فما يكونه الفرد من اتجاهاته نحو جسمه قد يكون سلبيا أو إيجابيا، و قد تكون هذه الإتجاهات مسيرة أو معيقة لتفاعلات الإنسان مع ذاته و مع الآخرين، كما تتضمن صورة الجسم إدراكا لشكل الجسم و حجمه، و لذا كثيرا ما يكون المفهوم السالب للذات راجعا لتشوه صورة الجسم و هذا ما نجده واضحا لدى الأفراد المصابين بالسمنة و على العكس من ذلك يصاحب المفهوم الإيجابي لصورة الجسم شعورا بالرضا نحو الذات فضلا عن التقدير المرتفع لها.

و لقد تم الإعتراف بالسمنة كمرض من طرف منظمة الصحة العالمية سنة (1997) م، أسبابها كثيرة و متداخلة محدثة مشاكل جسدية على مستوى الوظائف الحيوية كداء السكري و ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم و غيرها، بالإضافة إلى تعقيدات نفسية خطيرة نتيجة عن الخلل الذي تحدثه على مستوى الصورة الجسدية، الأمر الذي يؤثر حتما بصفة مباشرة على الجانب النفسي خاصة إذا كانت المرأة المستهدف و هي الأكثر إهتماما لصورة جسدها و دائمة التركيز على الرشاقة و الجمال، و لأن المجتمع بشكل عام ناقد للمرأة و بكل ما يتعلق بها فإنه تختلف طريقة تجاوب المرأة المصابة بالسمنة مع ضغوطات مرضها، فهناك من تنظر لنفسها

بنظرة عادية، تتعامل مع الآخرين و تتفاعل معهم فتحسن تقييم ذاتها و تقدير ذاتها في المقابل نجد من تستسلم لمرضها بكل سهولة و تحس بنوع من النقص و الخجل بنفسها و تحب العزلة و الإنطواء، لا تعاشر أفراد المجتمع إذ ينقص من قيمة ذاتها.

فمن هذا المنطلق أردنا القيام ببحث حول تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة ما بين 34 إلى 50 سنة و قد تم تقسيم هذا البحث و فق المنهج المتبع في أغلبية البحوث العلمية إلى جانبين كالتالي: الجانب النظري و الجانب التطبيقي.

إذ يتألف **الجانب النظري** من ثلاثة فصول خصصناها لتناول بالتفصيل المفاهيم المتعلقة بموضوع البحث.

و قد بدأ البحث بالفصل الأول حول بناء الإشكالية و صياغة الفرضية، و عرض دوافع اختيار الموضوع و أهمية البحث و الأهداف المنشودة من ذلك، و كذا عرض التعاريف الإصطلاحية و الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

بالنسبة **للفصل الثاني**، فقد خصصناه لتقدير الذات و ذكرنا فيه **أولا الذات**، و سلطنا الضوء على مختلف مفاهيمها و مكوناتها و مراحل تطورها و بعدها تطرقنا إلى تقدير الذات و مفهوم تقدير الذات و أبعاده و التمييز بين مفهوم الذات و مفهوم تقدير الذات، مستوياته و النظريات المفسرة لتقدير الذات و العوامل المؤثرة في تقدير الذات و أخيرا المرض و تأثيره على تقدير الذات.

أما **الفصل الثالث** فكان خاصا بالسمنة، تناولنا فيه تعريف السمنة مع ذكر أشكالها، تشخيصها و الأسباب و مضاعفات السمنة و كذا انتشار السمنة و تأثير فرط الوزن و السمنة على تقدير الذات لدى السيدات، ثم أخيرا جئنا بعلاج السمنة.

وللتحقق من فرضية البحث لابد من تبني مجموعة من التقنيات نوظفها في الجانب التطبيقي، إذاَ لاختبار فرضيتنا علينا القيام بدراسة تطبيقية للحصول على إجابة لتساؤلنا الذي بنيناه على مجموعة من الدراسات ذات علاقة بموضوع الدراسة، هذه الإجابة لن تكون إلا إذا انتهجنا طريقة معينة تدعو إلى التماس مجموعة من الأدوات و التقنيات و الكيفيات معروفة في مجال علم النفس، فكل باحث مهما كان بحثه مجاله و هدفه فإنه ملزم باتباع منهج معين ينظم معطياته و موارده و أدواته العلمية.

فالمنهج الذي يجب استخدامه في علم من العلوم يرتبط في الدرجة الأولى بتحديد موضوع هذا العلم أو ذاك، فالموضوع و المنهج مرتبطان ببعضهما ارتباطا وثيقا، يصعب معه تصور واحد دون الآخر إبتداء من تبنيه و اعتماده على توجه نظري معين.

و فيما يخص القسم التطبيقي فتكون بدوره من فصلين و هما:

الفصل الرابع: خاص بالإجراءات الميدانية، فتطرقنا من خلاله إلى تعريف المنهج العيادي و الذي اتبعناه خلال بحثنا، وكذا تقديم مجموعة البحث، و الإطار المكاني و الزمني الذي أجرينا فيه الدراسة، كما عرضنا خصائص مجموعة بحثنا مع تقديم أفرادها و بعدها عرضنا أهم التقنيات المستعملة في البحث بدءا بالمقابلة العيادية نصف الموجهة، و بعدها مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث"

و بالنسبة **للفصل الخامس:** فقد خصصناه لتقديم و عرض الحالات و تحليل النتائج و مناقشتها، في ضوء المقابلة العيادية و مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" يليه مناقشة الفرضية في ظل النتائج المتوصل إليها و في ظل الدراسات السابقة.

و في الأخير خاتمة مع ذكر بعض الإقتراحات و قائمة المراجع و الملاحق التي اعتمدنا عليها في هذا البحث.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية الدراسة

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1) الإشكالية
2) فرضية الدراسة
3) دوافع إختيار الموضوع
4) أهمية الدراسة
5) أهداف الدراسة
6) تحديد المفاهيم إجرائيا

1- الإشكالية:

نجد تشابه البناء الجسدي عند الكثير من الأشخاص، لكننا نجد الإختلاف بينهم يكمن في التفكير و الشخصية، و كيفية التعامل مع مختلف مواقف و أحداث الحياة، و هذا راجع إلى عدة عوامل منها البيئة الأسرية، الإجتماعية و الثقافية و هنا لا يتأثر الفرد في تفكيره فقط بل و يتأثر في نظرته إلى ذاته (سناء سليمان،2005) و التي لها أهمية كبيرة في كونها وراء كل سلوك صادر عن الإنسان، و تعد الذات جوهر الشخصية و مفهومها من الأبعاد المهمة في شخصية الإنسان و تمثل خبرة عميقة ليست موضوعا أو سلوكا قابل للملاحظة و الكثير من الباحثين يعتبرون مفهوم الذات من العوامل المهمة المؤثرة في السلوك الإنساني و هو مفهوم متعلم و مكتسب من أنماط التنشئة الإجتماعية، و لقد استنتج "لابيان و جرين" أن مفهوم الذات يعمل كموجه للسلوك و قوة دافعة له و هو يشكل ذلك التنظيم الإدراكي الذي يقف وراء وحدة الأفكار و المشاعر التي يعمل بمثابة الخلفية المباشرة و الموجه له. (كامل س، 2007)

كما أن مفهوم الذات يشير إلى فكرة المرء عن ذاته و الجوانب الجسدية و العقلية و الإنفعالية و الإجتماعية و يكون هذا المفهوم ايجابيا أو سلبيا و هنا تدخل ماهية تقدير الذات. (سعاد جبر سعيد، 2008)

و حسب "عبد الحق بركات" (2008) أن لتقدير الذات أهمية كبيرة لدى علماء النفس و الصحة النفسية و هو جزء من مفهوم الذات و يعرف على أنه الحكم الذي يطلقه الفرد على قيمه و هو رأي ثابت حول نفسه إذا كان راض أو لا. أما "محمد يونس" (2004) فيعتبر تقدير الذات من الركائز المهمة في حياة الفرد حيث يعبر عن اعتزازه بالنفس و الثقة بها و هذا يجعل الفاعلية لديه نشطة أو قابلة للإنجاز خاصة إذا كان هذا التقدير نحو الذات ايجابيا فإنه يدفع الإنسان إلى تحقيق أهدافه دون مراعاة العوائق التي تواجهه و قد يتأثر تقدير الذات بعوامل متعددة منها ما هو اجتماعي نفسي و ما هو مادي جسدي مثل الاضطرابات الجسدية التي من بينها و الأكثر شيوعا في الوقت الحالي نجد الإصابة بالسمنة. (محمد يونس، 2004)

وتعد السمنة و خاصة المفرطة منها مرض العصر الحديث الذي شغل أذهان الأطباء و النفسانيين بسبب ما يترتب على هذا الاضطراب من مضاعفات خطيرة مثل تشوه الجسم و الانسداد المفاجئ للشرايين مما يؤدي أحيانا إلى السكتة القلبية (Heart Attack) التي تؤدي إلى الموت المفاجئ و إلى ارتفاع الضغط الدموي و أعراض السكري النمط الثاني و القصور التنفسي، و إلى اضطرابات عضوية أخرى. و السمنة لا تشوه الصورة الجمالية للجسم فقط بل كذلك صورة الفرد العقلية المثالية لذاته من خلال تراكم الكم الهائل من الدهون في الجسم مما ينتج عنه زيادة غير طبيعية يتم تحديدها عن طريق مؤشر كتلة الجسم (BMI). (فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص230)

و تشير دراسة تمت على عينة شملت 1100 شخص تمت معاينتهم بمصالح الطب العام بمستشفيات ولاية الجزائر العاصمة، سطيف و وهران خلال سنة (2006)، أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالسمنة من الرجال و أثبتت الدراسة التي أشرف عليها فريق الطب الداخلي بمستشفى بئر طرارية بالجزائر العاصمة بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء أن معدل السمنة يقدر بامرأتين مقابل رجل واحد. (مجلة الحوار، 2008، ص12)

كما تؤكد منظمة الصحة العالمية أن أكثر ضحايا السمنة من الجنس اللطيف و في مختلف الأعمار و هذا ما نشرته عام (2005).

و إضافة إلى كون النساء أكثر انتقادا و حساسية لصورة الجسد الممتلئ من الذكور، فعندما يصل الفرد إلى مرحلة الرشد و هي مرحلة هدوء نسبي يتوافق الفرد مع صورة جسمه و يقتنع بها من حيث الطول و ملامح الوجه، ولكن توجد درجة من عدم الرضا عن الذات الجسمية فيما يخص الوزن خاصة عند الإناث. (شعبان بروال، 2006)

و تشير دراسة "روزين و فالون" (1985) "Rasine et Fallon" أن صورة الجسم من حيث الرضا أو عدم الرضا تمس النساء بشكل أكثر وضوحا فلا تكاد توجد امرأة تشعر بالرضا الكامل. (كفافي، 1995)

كما توصلت دراسة (1986) "Cash et al" التي استخدم فيها مقياس الرضا عن الجسم أن الإناث أكثر إدراكا لأجسامهن وأنهن أقل تقديرا لها (حسين فايد، 2004، ص75)

في حين أكدت دراسة (1995) "كفافي و نيال" أن صورة الجسد التي ينشد كل من الذكور و الإناث الرضا عنها تختلف فيما بين الجنسين، فالرجل يقوم جسمه بشكل كلي في حين تهتم المرأة بتقويم جسمها من خلال أبعاد متميزة في الوزن و الجاذبية و تناسق الأعضاء. (كفافي و نيال، 1995)

و لقد وجد "دافيسون" (2008) "Davison" في دراسته أن مخاوف صورة الجسم أكثر شيوعا لدى النساء من الرجال و أن النساء يحققن رضا أقل عن أجسامهن و ميلا أكبر لإخفاء عيوبها و أنهن يركزن أكثر على المظاهر الإجتماعية لصورة الجسم التي تجعلهن ذوات مستويات عالية من قلق بنية الجسم الإجتماعية. (الأشرم، 2008).

و عليه فعدم رضا المرأة المصابة بالسمنة المفرطة عن جسدها الممتلئ قد يؤدي إلى التقدير المنخفض للذات مما يترتب عنه من مشاكل نفسية.

و من خلال ما تطرقنا إليه سابقا، بدر في أذهاننا التساؤل التالي:

هل تعاني النساء المصابات بالسمنة المفرطة من تقدير ذات منخفض ؟

2- فرضية الدراسة:

و للإجابة على التساؤل تم صياغة الفرضية التالية:

تعاني النساء المصابات بالسمنة المفرطة من تقدير منخفض للذات.

3- دوافع اختيار الموضوع:

هناك دوافع ذاتية و موضوعية

أ- الدوافع الذاتية:

- الميل و الرغبة القوية لتناول هذا الموضوع بالدراسة.

- الرغبة في الإطلاع على حياة هذه الفئة من المجتمع.

- الكشف عن المعاناة النفسية و الجسدية التي تعاني منها هذه الفئة.

- الإنتشار الواسع لمرض السمنة في الجزائر.

ب- الدوافع الموضوعية:

- قلة الدراسات التي تناولت الموضوع في حدود علمنا.

- الإنتشار الواسع لمرض السمنة في الجزائر و العالم و ما ينجم عنه من معاناة نفسية و جسدية خاصة لدى النساء.

- عدم الإهتمام الكافي بهذه الفئة و معاناتهم النفسية.

4- أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية الدراسة في أن الإنتشار الواسع للسمنة بين كافة أفراد المجتمع خاصة النساء يخلق الكثير من المشاكل الصحية و النفسية و الإجتماعية، و يؤدي إلى ارتفاع تكلفة العلاج من الأمراض المزمنة الجسدية و المعاناة النفسية الناتجة عن السمنة.

كما تظهر أهمية الدراسة في الجانب الوقائي من خلال معرفة العوامل المسببة للسمنة.

- يمكن أن تساهم هذه الدراسة في إعطاء الفرصة لمجموعة البحث للتعبير عن مشاعرهم و القدرة على التفريغ و التخفيف من الضغط و لو بقدر بسيط.

- هذه الدراسة تمس عدة جوانب منها الجانب الصحي، الجانب النفسي و الجانب الإجتماعي.

5- أهداف الدراسة:

تتجلى قيمة كل بحث علمي من خلال الأهداف التي يريد الوصول إليها و أهم الأهداف التي حددناها في هذه الدراسة:

أ- أهداف نظرية:

- محاولة تسليط الضوء على مرض انتشر بصورة هائلة و بكم مرتفع في العالم عامة و في الجزائر خاصة و تأثيره على نفسية المتضرر منها ألا و هو السمنة.

- تحديد العلاقة الموجودة بين السمنة و تقدير الذات لدى النساء.

- التقرب من النساء المصابات بالسمنة للتعرف على مدى معاناتهم النفسية و الجسدية و الإجتماعية.

ب-أهداف تطبيقية:

- تحديد تقدير الذات عند النساء المصابات بالسمنة المفرطة.

- المساهمة في تطوير البحوث الخاصة بهذه الفئة (النساء المصابات بالسمنة المفرطة)

- المساهمة في إثراء التراث العلمي النظري في مجال العلوم الإنسانية و الإجتماعية و فتح المجال أمام بحوث أخرى.

لفت انتباه الباحثين و الأخصائيين النفسانيين لهذه الفئة و ضرورة الإهتمام بها.

6- تحديد المفاهيم إجرائيا:

ا- تقدير الذات

التعريف الإصطلاحي:

يشير "كوبر سميث" "Cooper Smith" (1967) إلى تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه، و بنفسه و يعمل على المحافظة عليه و يتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية نحو ذاته، كما يوضح مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر و هام و ناجح و كفئ. (محمد جاسم محمد، 2004، ص263).

التعريف الإجرائي:

يشير تقدير الذات إلى الدرجة التي تتحصل عليها المبحوثة المصابة بالسمنة المفرطة من خلال تطبيق مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات.

ب-السمنة:

التعريف الإصطلاحي:

حسب تعريف "د. بروال شعبان" فإن السمنة هي الحالة التي يبلغ فيها مؤشر كتلة الجسم الثلاثون (30) أو يتجاوز هذه النسبة. (بروال شعبان، سنة 2006).

الفصل الثاني

تقدير الذات

تقدير الذات

تمهيد

أولا: الذات

1. **مفهوم الذات**
2. **تعريف مفهوم الذات**
3. **أشكال مفهوم الذات**
4. **مكونات الذات**
5. **مراحل نمو الذات**

ثانيا: تقدير الذات

1. **تطور مفهوم تقدير الذات**
2. **تعريف تقدير الذات**
3. **التمييز بين مفهوم تقدير الذات و مفهوم الذات**
4. **أبعاد تقدير الذات**
5. **مستويات تقدير الذات**
6. **النظريات المفسرة لتقدير الذات**
7. **العوامل المؤثرة في تقدير الذات**
8. **المرض و تأثيره على تقدير الذات**

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد مفهوم الذات حجر الزاوية في الشخصية إذ أن مهامه تتمثل أساسا في السعي لتكامل و اتساق الشخصية ليكون الفرد مندمجا و متكيفا مع البيئة التي يعيش فيها، و يعتبر هذا المفهوم افتراضي مدرك يتشكل من خلال المتغيرات البيئية الكثيرة التي لا يمكن الفصل بينها تماما، إذ تؤثر كل منها على الأخرى.

لذلك يعد هذا الموضوع من المواضيع الهامة في علم النفس و الإلمام به من جميع جوانبه سيميد للقارئ برؤية حقيقية لماهيته ، لذلك اقترحنا التطرق لمفهوم الذات و تعريف مفهوم الذات و أشكاله، ثم الانتقال لتقدير الذات و ذلك بالتطرق إلى تطور مفهوم تقدير الذات، تعريف تقدير الذات، التمييز بين مفهوم تقدير الذات و مفهوم الذات، أبعاد الذات و بعض العناصر الأخرى التي تناولنها في هذا الفصل.

أولا

الذات:

1- مفهوم الذات:

استخدم مصطلح مفهوم الذات من فترة مبكرة لدى الكثير من الباحثين و المنظرين أمثال: "جيمس" و "كوميس" للإشارة إلى خبرة الفرد بذاته و باعتباره تنظيما إدراكيا من المعاني و المدركات التي يحصلها و يكتسبها الفرد و التي تشمل هذه الخبرة الشخصية بالذات، و بهذا يختلف المصطلح تماما عن الكثير من المفاهيم السيكولوجية التي تتداخل أو تتشابه معه في الصياغة (سهير كامل، 2000، ص 116)

و يتكون مفهوم الذات من فكرة الإنسان عن نفسه في علاقته بالبيئة كما يتولى بدوره تحديد السلوك الذي يمارسه الشخص و مستواه، و ينظر الفرد إلى الذات الظاهرية علما أنها حقيقية بالنسبة له، فهي التي تحدد طريقة استجابة للموافق المختلفة التي يتعامل معها، بحيث نجده غالبا ما لا يستجيب للبيئة الموضوعية و إنما لكيفية إدراكه لها (رمضان محمد القدافي، 1993، ص 200)

2-تعريف مفهوم الذات:

يعرّف " لابين" و "جرين" (1981) مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره و خلفيته و أصوله و قدراته و وسائله و اتجاهاته و شعوره، حيث يعتبر مفهوم الذات قوة موجهة لسلوكه و يشير "إبراهيم"(1985) إلى أن مفهوم الذات عبارة عن تنظيم معرفي و انفعالي و اجتماعي و يتضمن استجابات الفرد نحو ذاته في مواقف داخلية وخارجية لها علاقة مباشرة في حياته و يشكل بعدا هاما في شخصيته و التي لها أكبر أثر في تصرفاته و سلوكه، و بصورة عامة يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من

حيث مظهره و خلفيته و قدراته و اتجاهاته و شعوره و وسائله، بحيث يصبح مفهوم الذات موجها للسلوك عندما تبلغ هذه الأشياء ذروتها (جودة بني جابر، 2004، ص116)

و يعرّف "هامشك" (1987) "Hamachek" مفهوم الذات على أنه مجموعة الإعتقادات حول أنفسنا و خصائصنا الفردية و سلوكنا فيما يتصل بجوانب الذات الجسدية و الاجتماعية و الانفعالية و العقلية، و يرى أن هذه الاعتقادات تتضمن بعدا تقييميًا سلبيًا أو إيجابيًا، و يحدد هذا البعد التقييمي أهم جوانب مفهوم الذات.

- غير أن "مصطفى فهمي" (1987) عرف مفهوم الذات بأنها النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصية الفرد و هي عامل أساسي في تكيفه الشخصي و الإجتماعي، و هي تمثل فكر الشخص و نظراته باعتباره مصدر للعقل (مصطفى فهمي، 1987).
- أما "روجرز" (1987) فيرى أن مفهوم الذات يتكون بشكل ثابت من مجموعة منتظمة من الصفات و الإتجاهات و القيم، نتيجة تفاعل الكائن الحي مع البيئة، كما يعتبر الذات القوة الوحيدة المسيطرة على توجيه السلوك مع خضوعها للتغيير كنتيجة للنضج و التعليم (إبراهيم أبو زيد، 1987)

مما سبق نستخلص أن مفهوم الذات أنه مفهوم إفتراضي شامل يتضمن جميع الأفكار و المشاعر عند الفرد التي تعبر عن خصائص جسمية و عقلية و شخصية و يشمل ذلك معتقدات الفرد و قيمته.

3- أشكال مفهوم الذات:

لقد تعددت أشكال مفهوم الذات حيث نجد "سهير كامل" (1999) تقسمها إلى خمسة أشكال و هي:

أ- **الذات الجسمية:** و هي فكرة الفرد عن جسمه، حالته الصحية و مظهره الخارجي و مهاراته.

ب- **الذات الأخلاقية و المثالية:** و هي فكرة الفرد عن ذاته من خلال إطار مرجعي مثالي و أخلاقي.

ت- الذات الشخصية النفسية: و تعكس إحساس الفرد بالقيمة الشخصية أي إحساسه بأنه شخص مناسب، و تقديره لشخصيته دون النظر إلى هيأته الجسمي أو علاقته بالآخرين.

ث- الذات الأسرية: و تعكس مشاعر الفرد بالملائمة و الكيافة، و كجدارته و قيمته بوصفه عضو في الأسرة.

ج- الذات الاجتماعية: و تعكس إحساس الفرد بملائمته و قيمته في تفاعله الاجتماعي مع الآخرين (شحاته سليمان، 2008).

4- مكونات الذات:

يمكن تلخيص مكونات الذات في النقاط التالية:

4-1 الكفاءة العقلية: هي مجموع الوظائف و القدرات العقلية المنتظرة في المواقف الحاسمة مثل الذكاء، الذاكرة، الإنتباه ... الخ

4-2 الثقة بالذات و الاعتماد على النفس و هي القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة.

4-3 الكفاءة الجسمية من حيث القوة، الجمال، بناء الجسم، الجاذبية، تحقيق صورة ذات سليمة من خلال التوفيق بين الصحة، الجمال و القوة.

4-4 درجة النمو في الصفة الذكرية و الأنثوية و تظهر في الخصائص الجنسية الخاصة بكل من الذكر و الأنثى و مدى ملائمتها مع شخصيات الأفراد.

4-5 الخجل و الإنسحابية: هي ردود أفعال المرافقة غير المتوقعة.

4-6 التكيف الإجتماعي: و يظهر من خلال ردود أفعال المواقف و الأدوار الإجتماعية (مختار كتاش سليم،2001).

5- مراحل نمو الذات:

خلال مراحل نمو الفرد من الميلاد إلى الشيخوخة تنمو معه ذاتيته تدريجيا من مرحلة لأخرى، كما تطرأ هناك عدة تغيرات سواء كانت جسمية أو نفسية، بحيث نجد هذه التغيرات تساهم إلى حد كبير في تطوير ذات الفرد مرورا بمراحل عدة نذكر منها:

5-1 مرحلة إنبثاق الذات و بروزها (من الميلاد إلى سنتين):

إن الجانب المسيطر في هذه المرحلة هو انبثاق الذات من خلال سياق تباين الذات و اللاذات و أول تميز بين الذات و اللاذات يبدأ على مستوى الصورة الجسدية ثم يزداد التفاعل مع أمه ثم مع الآخرين و هنا تبدو فردية الطفل، ثم من خلال السنتين (02) يزداد تميز الطفل لذاته و هذا عن طريق الإتصالات الحسية المتعددة فيتعرف تدريجيا على الحدود الخارجية لجسمه، و يصبح يميز بينه و بين الأجسام الأخرى.

5-2 مرحلة تأكيد الذات (من سنتين إلى خمس سنوات):

بعد مرحلة انبثاق الذات، تظهر هنا مرحلة تأكيد و تدعيم الذات و ترسيخها و تعزيزها فيكون إثبات الذات عن طريق التحدي و معارضة الآخرين، مما يجعله يحس بقيمته الذاتية. و استعمال الضمائر لي، أنا دليل ليس على التباين أو التمايز بين الذات و اللاذات فحسب، بل هو دليل على وعي خالص للذات، فيدعم الطفل وعيه بذاته على المستوى السلوكي و من خلال الاعتراض و الرفض. (كامل دسوقي، 1979، ص 293).

5-3 مرحلة توسيع و تشعب الذات (من 6 إلى 12 سنة)

ينتج هذا التوسيع من تعدد التجارب و تنوعها: الجسمية العقلية، و التي يعيشها الطفل في هذه المرحلة و كذا من خلال الأدوار الناتجة عن ردود فعل المحيط فتشكل صورة الذات الأولى التي تدعم ثقة الفرد بنفسه

هذه الثقة تسمح له بالإندماج في مجتمعات أخرى غير عائلية كالمدرسة مثلا، و هكذا يتسع مفهوم الذات ليشمل التجارب الجديدة سواء كانت إيجابية أو سلبية لأن المفهوم الذي كونه من قبل كان ناقصا.

فانتقال الطفل من الجو الأسري إلى المدرسة و ذلك بالتعامل مع الزملاء و كذا شخصية الأستاذ، حيث ينظم تدريجيا صورة متنوعة للذات و ينظر إلى العلاقات الإجتماعية في حدود المشاعر و السمات و التصرفات و الأفعال، وهنا يوسع الطفل مجال إدراكه لذاته و خروجه من مجال الأسرة و توسيع الذات الاجتماعية، و يتبين للطفل أن الإدراكات الأولية التي حصل عليها في الجو الأسري لا تعدّ كافية، و بالتالي تتضح له أهمية توسيع الذات و أهمية توسيع تجارب جديدة توسع تصوره لذاته. (كامل دسوقي، 1979، ص 293).

4-5 مرحلة تمييز الذات (12 – 18 سنة)

إن مرحلة المراهقة مرحلة مهمة في حياة الفرد، فهي تتصف بتمييز الذات و تكوين مفهوم شخصي و محدد للذات، و المراهق كما يرى الكثير من العلماء من بينهم "زازو" "Zazou" و العالم "جرسيل" " Jersild" و "سترانغ" "Strang" أن هذه المرحلة هي مرحلة تمايز الذات و إعادة تنظيمها حيث تحدث تغيرات داخلية و خارجية تؤدي إلى أن تصبح صورة الذات أكثر تأثرا و غير مستقرة، و يظهر هذا في النضج الجسدي و التغيرات الفزيولوجية التي تعمل على تغيير إتجاهات المراهق نحو نفسه و ذاته، فعلى المراهق هنا أن يقبل هذه التغيرات و يتكون معها أي اعادة الصورة الجسدية و بالتالي تقييم الذات و تأكيد هوية المراهق من أول نماذج التمايز (الأبوين)، و هذا التخلي يحرمه من هويته و يجعله يحس بالفراغ، و من أجل هذا الفراغ و الحرمان من الهوية يبحث عن جماعة أفراد من نفس بيئته و يعيشون في نفس المشاكل و هنا يحس بالأمان و الطمأنينة و أن هؤلاء الرفاق يفهمونه فيندمج و يتماثل معهم و هنا يكون المراهق هويته و يؤكد ذاته و منه فالتمايز الأول: الذات و اللاذات و يكون دائما متبوعا بتمايز ثاني و هو: الذات و الآخرين، و كل هذه التغيرات و التطورات توضح معنى الذات، فحسب "إركسون" "Ericson" العوامل تحدث ما نسميه بأزمة الهوية

كما تسمح هذه المرحلة بوصول المراهق إلى الإحساس بالذات المدمجة و بهوية مستقرة. (عبد الرحمان العيساوي، 1995، ص108).

5-5 مرحلة النضج و الرشد: (20 – 60 سنة)

تعتبر هذه المرحلة مفهوم الذات لا يتطور فقط على أعلى مستوى من التنظيم و التكوين و إنما يمكن أن يتغير نتيجة لعدة متغيرات و أحداث في حياة الشخص، و يكون هناك تركيز كبير على خارج الذات أي على الجانب الإجتماعي.

فيمكن أن يكون موضوعا لإعادة التشكيل بالنسبة للتغيرات و الأحداث الآتية: المهنة المختارة، الكفاءة و النجاح، و الفشل في الزواج، المكانة الإجتماعية و الإقتصادية، الصورة الجسدية حسب تغيرات الصحة التكيف و الزواج و العزوبية، فدرجة النجاح و الفشل في الزواج و حالة الطلاق يؤثران على نمو مفهوم الذات و على مستوى تطور الذات في السنوات بين الأربعين و الخمسين داخل الشخصية بحيث أنه في عمر الراشد تمركز إلى أقصى خارج الذات حول المجتمع فهذا النسق يعوض بين 50 و 60 سنة بالتمركز أكبر حول السياق الداخلي، و يعطي "زيلر" " Ziller" نتائج أخرى يبين أن تقديرات الذات يزيد في سن الأربعين ليبدأ التقمصات بعد ذلك. (L’ecuyer® , 1979,p154)

و من خلال ما سبق يبدوا واضحا أن مرور الفرد لهذه المراحل الواحدة تلوى الأخرى و بهذا الترتيب تجعله أكثر قدرة على تمييز نفسه عن الآخرين.

و خلاصة القول أن نمو مفهوم الذات يتطور مع نمو الفرد و يتم ذلك عبر الخبرات الشخصية التي يمر بها و بعملية التفاعل مع أفراد المجتمع.

ثانيا

تقدير الذات

1- تطور مفهوم تقدير الذات:

لقد نالت سمة تقدير الذات إهتماما واضحا في البحوث و الدراسات الحديثة و خاصة علاقتها بالعديد من المتغيرات لدرجة أن بعض الباحثين ينظرون إليها كسمة محورية لقطاعات عديدة من السلوك الإنساني (معتز سيد عبد الله، 2000، ص 200).

فقد ظهر مصطلح تقدير الذات في أواخر الخمسينات، و سرعان ما أخذ مكانة متميزة في كتابات الباحثين و العلماء بجانب المصطلحات الأخرى في نظرية الذات التي زودت بها نظرية الأدب السيكولوجي في تلك الفترة مثل مفهوم الذات المثالية "Ideal Self"، و مفهوم صورة الذات "Self-Image"، مفهوم الذات الواقعية " Real Self" و مفهوم تقبل الذات "Self acceptence"، ثم ظهر مفهوم تقدير الذات "Self esttem" الذي كان يشير حسب "كوهن" "Cohen" (1959) إلى الدرجة التي تتطابق عندها الذات المثالية و الذات الواقعية.

في حين ينظر "أرجايل" "Argyl" (1967) من الأوائل الذين كشفوا عن مفهوم تقدير الذات محاولا تعريفه على أنه التقييم الذي يتوصل إليه الفرد و يتبناه عادة فيما يتعلق بذاته، و يرى أن هذا المفهوم يعبر عن اتجاه موافقة أو عدم موافقة من جانب الفرد اتجاه ذاته من جهة و إلى مدى اعتقاده في ذاته باعتبارها ذاتا قادرة ناجحة(Burnes, S, 1979, P55) و بعد ذلك بفترة تأثر التراث السيكولوجي بدراسات عديدة تناولت مفهوم تقدير الذات باعتباره مفهوما سيكولوجيا و يتضمن العديد من أساليب السلوك و بدراسات عن ارتباطه بالعلاقات الشخصية المتنوعة و مدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته و مع الآخرين إلى جانب دراسات تحدد أهدافه الذاتية (فيوليت، فؤاد إبراهيم و آخرون، 1998، ص191).

2-تعريف تقدير الذات:

أ. التعريف اللغوي لتقدير الذات:

المفهوم اللغوي لتقدير الذات يشير إلى القيمة، و هي ترجمة للكلمة اللاتينية estimare التي تطورت إلى المصطلح الإنكليزي estimate و تعني إعطاء قيمة لشيء ما. ثم اشتق منها كلمة esteem التي تعني تقدير ثم صارت مصطلحا مركبا Self–esteem و تعني تقدير الذات.

و تعني أن يمنح الشخص لنفسه قيمة ذاتية إيجابية تنعكس في تقبله لذاته و في تفكيره و تعامله مع الآخرين بإيجابية تقود إلى الكفاءة الذاتية في حياته مع نفسه و مع الآخرين.

- يعني الإعتبار اللائق للشخص أو لشيء ما، التقييم، تحديد قيمة الشيء (Dictionnaire, 1987,P358)

أي هو تقييم إنجاز الفرد بالنسبة للمكانة الإجتماعية التي يشغلها سواء كانت هذه المكانة مرتفعة أو منخفضة سواء كان الفرد متحصل على تقدير مرتفع أو منخفض.

ب- إصطلاحا:

لقد اختلفت التعاريف الخاصة بتقدير الذات من جانب الباحثين، و فيما يلي سوف نتناول بعض التعاريف:

1- "روجرز" "Rogers" (1951) يعرف تقدير الذات بأنه إتجاهات الذات التي تنطوي على مكونات إنفعالية و سلوكية.

2- "روزنبرغ" "Rosenberg" (1956) بأنه التقييم الذي يعمله الفرد و يبقى عليه عن نفسه فهو يعبر عن اتجاه للقبول أو عدم القبول، و يمكن النظر الى تقدير الذات من منطق هذا التعريف على أنه إعتبار الذات أو احترام الذات (أحمدمحمد حسن صالح، 1995، ص215)

3- "كوبر سميث" "Cooper Smith" (1967) هو تقييم يضعه الفرد لنفسه و بنفسه، و يعمل على المحافظة عليه، و يتضمن اتجاهات الفرد الايجابية و السلبية نحو ذاته، كما يوضح مدى اعتقاد الفرد أنه قادر و هام و كفء. (نفس المرجع السابق)

4- يلخص "إبراهيم" و "عبد الحميد" (1994) تقدير الذات على أنه التقييم الوجداني للشخص لكل ما يملكه من خصائص عقلية و مادية و قدرة على الأداء، و يعتبر حكما شخصيا للفرد على قيمته الذاتية أثناء تفاعله مع الآخرين، و يعبر عنه من خلال اتجاهات الفرد نحو مشاعره و معتقداته و تصرفاته كما يدركها الآن في اللحظة الراهنة. (إبراهيم عبد الله و آخرون، 1994، ص38)

5- أما "جابر عبد الحميد" و "علاء كفافي" (1995) فيعرفان تقدير الذات بأنه اتجاه نحو تقبل الذات و الرضا عنها و احترامها. (عادل عبد الله محمد، 2000، ص60)

6- أما الموسوعة النفسية: فتقدير الذات هو سمة شخصية تتعلق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته، فهو يتحدد كوظيفة للعلاقة بين الحاجات المشبعة و مجمل الحاجات التي نشعر بها. (دولان دورون و فرنسواز- ترجمة د.فؤاد شهين، 1997، ص431)

لقد تعددت التعاريف الخاصة بتقدير الذات إلا أنها تعبر في مجموعها عن مدى اعتزاز الفرد بنفسه، كما يتضمن أيضا البنية المعرفية للفرد و التي تحوي على أفكاره و معتقداته نحو ذاته.

3-التمييز بين مفهوم تقدير الذات و مفهوم الذات:

هناك ارتباطا وثيقا بين مفهوم تقدير الذات و مفهوم الذات، إذ أن كثير من الأبحاث و الدراسات قامت باعتبار أن هذان المفهومان كل متكامل لهذا قبل الخوض أكثر في مفهوم تقدير الذات يجب تفسير مفهوم الذات الذي يعتبر بأنه القاعدة و الأساس من أجل الإنطلاق نحو مفهوم تقدير الذات. إذ يعد مفهوم الذات من الأبعاد المهمة في دراسة الشخصية، و له أهمية في نظريات الشخصية و يعتبر من العوامل المهمة التي تمارس تأثيرا كبيرا على السلوك حيث تكمن أهمية مفهوم الذات في أنه أمل فعال في نمو و تطور الفرد، باعتبار أن مفهوم الذات هو النواة التي تقوم عليها الشخصية و التي توفر معنى إدراك الفرد لنفسه من النواحي الجسمية و العقلية و الإجتماعية.

أما مفهوم تقدير الذات فهو مدى ثقة الفرد في نفسه و احترام الذات و الإعتماد على الذات و هذه الثقة هي ايمان الفرد بأهدافه و قدراته و إمكانياته لحجمها الحقيقي، فلا يقلل منها و لا يزيد فيها و عندما يبحث عن نفسه من خلال تقديره لذاته فإنه الشخص الذي لديه الشعور الجيد حول نفسه. فتقدير الذات هي مجموعة من القيم و التفكير و المشاعر التي يملكها حول نفسه فيعود مصطلح تقدير الذات إلى مقدار رؤية الشخص لنفسه و كيف يشعر اتجاهها (محمد حسين قطنان، 2011، ص207)

أي أن مفهوم الذات يتضمن التعريف الذي يضعه الفرد عن نفسه أو الفكرة التي يكونها عن ذاته، أما تقدير الذات فهو تقييم الفرد لذاته بما فيها من صفات.

4-أبعاد تقدير الذات:

يصف "ماسلو" "Maslon" (1903) تقدير الذات في المستوى الخامس من هرمه الذي يشمل بعدين أساسيين، يتضمن البعد الأول الحاجة إلى احترام الذات و يضم أشياء مثل الجدارة، الكفاءة، الثقة بالنفس، القوة الشخصية، الإنجاز و الإستقلال

أما البعد الثاني فيتضمن الحاجة إلى التقدير من الآخرين و يحوي على المكانة، التقبل، الإنتباه المركز و الشهوة (حسين علي فايد، 1997، ص145).

كما كشفت نتائج التحليل العاملي التي قام بها كل من "فيلمنيغ" و "كوارتيني" (1984) إلى وجود خمسة أبعاد لتقدير الذات تتمثل في: إعتبار الذات، الثقة الإجتماعية، القدرات المدرسية، المظهر البدني و القدرات البدنية إضافة إلى البعد الإنفعالي بصورة أقل و تعمل هذه الأبعاد على تكوين تقدير الذات و إنمائه ليصل الفرد إلى تكامل شخصيته (شريفي هناء، 2002، ص88)

و يمكن تلخيص أبعاد تقدير الذات فيما يلي:

4-1 الرضى عن الذات:

و يتمثل هذا الرضى في التوافق النفسي بين الصورة التي يرغب الفرد أن يكون عليها و الصورة الواقعية التي يظهر عليها في المجتمع و على مدى التوافق الموجود بين هاتين الصورتين، فكلما كان تقارب بين الصورتين كلما كان تقدير الذات أحسن (مصطفى عيشوي، 1990، ص111)

4-2 التكيف:

تقدير الذات لا يقتصر على تعيين قيم إيجابية للنفس بل يتعلق أيضا بعملية التكيف بواسطة القدرة على التحكم في المحيط المادي و الإجتماعي، هذا التحكم يولد لدى الفرد إحساسا على أنه قادرا على التدخل في مجرى الأشياء و الحوادث و بذلك تقوى الذات إيجابيا.

4-3 الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه:

كما يرتبط تقدير الذات بالصورة التي يكونها الفرد عن نفسه، فإذا كانت هذه الصورة سيئة يشعر أنه عاجز عن تحقيق أهدافه و التعبير عن مشاعره فلا يتوافق مع محيطه.

4-4 الثقة بالنفس:

إن عدم الثقة بالنفس تولد إحساسا في مجرى الحياة الذي يستلزم ربط علاقات سليمة و إقامة توازن نفسي، أما الثقة بالنفس متوقفة على تقدير واقعي للقوى الفردية، لذا فإن تقبل الذات و التعرف عليها شرطان أساسيان يوصلان الفرد إلى تحديد إمكانيات التغيير و التطوير الكامنة بداخله.

4-5 الأدوار الإجتماعية:

تشكل الأدوار الإجتماعية أهمية كبيرة في البحث عن الهوية الفردية و تحديدها و تكوينها في التنظيم التدريجي لمفهوم الذات المنفردة لأنها تتعلق بالبيئة العائلية التربوية و الإجتماعية التي يعيش فيها الفرد، و التي توفر له إشارات تقييمية يستعملها وفقا لتجاربه المعاشة، و يتكون تقدير الذات من خلاصة جميع التقييمات التي يقوم بها الفرد حول صورة ذاته (دليلة عيطور، 1997، ص135).

5- مستويات تقدير الذات:

يرى "سميث" "Smith" سنة 1986 أن تقدير الذات هو الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية و التي يعبر عنها من خلال اتجاهاته عن نفسه و هي دراسة أجراها "سميث" على (1700) تلميذ من المرحلة الإبتدائية، إستطاع من خلالها أن يبين مستويات تقدير الذات على النحو التالي:

5-1 المستوى الأول (تقدير الذات المرتفع):

في هذا المستوى يعتبر الأطفال أنفسهم على درجة كبيرة من الأهمية و يستحقون قدرا عظيما من الإحترام و التقدير، و يتصفون باستمتاعهم بالتحدي و مواجهة الصعوبات، و يميلون إلى التصرف بطريقة تحقق لهم التقدير الإيجابي من قبل الآخرين، و يمتلكون حظا وافرا من الثقة في مداركهم و أحكامهم (Smith, 1986,p320)

و بهذا يعد تقدير الذات المرتفع هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع أن يقتحم المواقف الجديدة و الصعبة دون أن يفقد شجاعته، كما يمكن مواجهة الفشل دون أن يشعر بالحزن أو بالإنهيار لمدة طويلة (فاروق عبد الفتاح و آخر، 1981)

كما أوضح كل من "أيزنك ولسون" "Eysenck Welson" أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة في تقدير الذات لديهم قدر كبير من الثقة في ذواتهم، و قدراتهم، و يعتقون في أنفسهم الجدارة و الفائدة و أنهم محببون من قبل الأفراد الآخرين (أحمد خيري حافظ و آخر، 1990، ص86).

2-5 المستوى الثاني (تقدير الذات المنخفض):

الأطفال في هذا المستوى يعتبرون أنفسهم غير متقبلين و لا يتمتعون بالحب من الآخرين و يرغبون في القيام بأعمال كثيرة، بينما لا يستطيعون تحقيق الذات لأنهم يرون أنفسهم في صورة أقل عما هي بالنسبة لغيرهم (Smith, 1986, p320) حيث يميل الفرد ذو التقدير المنخفض للذات إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة أو الصعبة، و أنه يتوقع فقد الأمل مسبقا (فاروق موسى و آخر، 1981) و لعل ذلك راجع إلى أن هؤلاء الأشخاص – الذين يحصلون على درجات منخفضة في تقدير الذات – بأن لديهم فكرة متدنية عن ذواتهم و يعتقدون أنهم فاشلون غير جذابين (أحمد خيري حافظ و آخر، 1990، ص86)

3-5 المستوى الثالث (تقدير الذات المتوسط):

و يقع هذا المستوى بين المستويين السابقين، حيث أن الأطفال في هذا المستوى يتصفون بصفات بينية أي تقع موقعا وسطا بين طرفي التقدير الذاتي و هكذا وضح "سميث" "Smith" أن إشباع الحاجة إلى تقدير الذات يؤدي إلى ثقة الفرد بذاته، و شعوره بقيمة نفسه و تلاؤمه الشخصي (Smith, 1986, p320)

و من هنا نرى أن المستويات الثلاثة التي و ضعها "سميث" "Smith" قد تعد مؤشرا لتطابق تقدير الفرد لذاته، و كذا تقديره للآخرين، بمعنى أن هؤلاء الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع قد يكونون أكثر ثقة في أنفسهم و يتعاملون بإيجابية مع الثناء و التقدير و ينسجمون مع معظم اللذين في وسطهم ويستطيعون تحقيق التوازن، أما هؤلاء الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات منخفض قد ينظرون إلى أنفسهم على أنهم لا يثقون بها و لا فائدة لهم و يتميزون بمشاعر النقص نحو ذاتهم و الخوف من الفشل و الإنسحاب و يفقدون توازنهم و القدرة على التكيف مع محيطهم، أما هؤلاء الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات متوسط قد يتصفون بصفات بينية أي تقع في الوسط بين طرفي التقدير الذاتي.

6-النظريات المفسرة لتقدير الذات:

هناك عدة نظريات عملت على دراسة و تفسير تقدير الذات و فهم دوره في شخصية الفرد و من أهم هذه النظريات:

6-1 النظرية التحليلية:

يعتبر المحللون النفسانيون أمثال "فرويد" "Freud"، "يونغ" "Young"، "أدلر" "Adler"، أن تقدير الذات مرتبط بعلاقة الأنا بالأنا الأعلى، فالأنا يمثل ذلك القسم من العقل الذي يشمل الشعور و الحركة الإرادية و يقوم بمهمة حفظ الذات و يخضع لمبدأ الواقع و يعمل على التوافق مع المحيط و حل الصراع بين الفرد و الواقع المحيط به، أما الأنا الأعلى فيقوم بوظيفة تقويم سلوك الفرد و التحكم في طريقة إشباع حاجاته فهو ذلك القسم من العقل الذي يمثل الوالدين و المجتمع، و يتمثل في أساليب الكبت التي يمر بها الفرد أثناء تطوره في الطفولة الأولى و كثيرا ما يدخل الأنا الأعلى في الصراع مع الأنا إذ تحاول أن تنمي في الشخص الشعور بالإثم و التحريم و انتقاد الذات، و هذا الصراع يؤدي إلى اضطرابات نفسية حيث يكتسب الفرد نظرة سلبية عن ذاته منذ الطفولة و يشعر أنه عاجز عن تحقيق أهدافه، أما إذا كانت علاقة الأنا بالأنا الأعلى حسنة و مقبولة فإن التوازن يتحقق و يتطور لديه التقدير المرتفع للذات. (محمد الشناوي، 2001، ص134)

تعمل الذات حسب هذه النظرية (التحليلية) على أساس التفكير العقلاني و الموضوعي، فإذا نشأ صراع بين الأنا و الأنا الأعلى فإن ذلك سيؤدي إلى إضطرابات نفسية و سلوكية عند الفرد، هذا ما يكسبه نظرة سلبية عن ذاته، أما إذا اتسمت العلاقة بين الأنا و الأنا الأعلى بالانسجام فإن الفرد سوف يتمتع بالتوازن و منه يرتفع لديه تقدير الذات.

2-6 النظرية المعرفية:

و من روادها "روزنبرغ" و "كوبرسميث"

- روزنبرغ: تمثلت أعماله نحو ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته و سلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الإجتماعي المحيط بالفرد.

و الجدير بالذكر أن العالم "روزنبرغ" "Rosenberg" قد ركز على فترة المراهقة و عن تقييم هذه الفئة لذواتهم، كما أنه إهتم بدينامكيات تطور صورة الذات الإيجابي و اهتم بدور الأسرة في تقدير الفرد لذاته، و عمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة و أساليب السلوك الإجتماعي كما اهتم بشرح تفسير الفروق بين الجماعات في تقدير الذات مثل الفروق بين المراهقين الزنوج و البيض.

واعتبر "روزنبرغ" تقدير الذات مفهوم يعكس إتجاه الفرد نحو نفسه إذ تختلف الإتجاهات من الناحية الكمية عن الإتجاهات نحو الموضوعات الأخرى (محمد الشناوي، 2001، ص79)

- كوبر سميث: "Cooper Smith" شملت أعماله دراسة تقدير الذات عند الأطفال ما قبل المدرسة الثانوية و قد ذهبت إلى تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب على عكس "روزنبرغ" "Rosenberg" الذي يعتبره ظاهرة أحادية البعد، لذا فهي عند "سميث" "Smith" أكثر تعقيدا لأنها تتضمن عمليات تقييم الذات و ردود الفعل أو الإستجابة الدفاعية لذا فهو يرى أن تقدير الذات هو الحكم الذي يصدره الفرد عن نفسه متضمنا الإتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق، و يقسم "كوبر سميث" تعبير الفرد على تقديره لذاته إلى:

أ- **التعبير الذاتي:** و هو إدراك الفرد لذاته و وصفه و تشير إلى الأساليب التي تفصح إلى تقدير الذات.

ب- **التعبير السلوكي:** الذي يشير إلى الأساليب السلوكية التي تشير إلى تقدير الفرد لذاته و التي تكون متاحة للملاحظة.

ت- **تقدير الذات الحقيقي:** يوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوي قيمة.

ث- **تقدير الذات الدفاعي:** يوجد عند الأفراد الذين يشعرون أن لا قيمة لهم و لكنهم لا يستطيعون الإعتراف بذلك. (محمد الشناوي و آخرون، 2001، ص127)

حسب نظرية "كوبر سميث" نتوصل إلى أن تقدير الذات على أنه الحكم الذي يصدره الفرد عن نفسه متضمنا عمليات تقييمية لها ردود فعله أو إستجاباته الدفاعية و يعبر الفرد عنه ذاتيا بوصفه لها سلوكيا خلال السلوكات الملاحظة عليه و حسبه نجد نوعين من تقدير الذات و هما الحقيقي و الدفاعي.

3-6 النظرية السلوكية المعرفية:

و من روادها "إليس" " Ellis" و "بيك" "Beck"

يؤكد "إليس" "Ellis" (1961) أن أساليب التفكير الخاطئة و السلبية عن الذات تؤثر في سلوك الفرد تأثيرا سلبيا، فإذا كان نسق التفكير واقعيا و النظرة موضوعية فإن النتائج تكون تقديرا مرتفعا للذات، أما إذا كان هذا النسق غير عقلاني فإن الإضطراب الإنفعالي هو المتوقع و المصاحب لتقدير الذات المنخفض. (سيد عبد الله معتز، 2000، ص110)

أما "بيك" "Beck" (1976) فيرى أن المشكلات النفسية تحدث كنتيجة الإستجابات غير صحيحة على أساس معلومات غير كافية و غير صائبة، و نتيجة لعدم التمييز بين الخيال و الواقع، فالتفكير يمكن أن يكون غير واقعي بسبب أنه مشتق من مقدمات خاطئة، هذا ما يؤدي إلى تقدير الذات بصفة سلبية، كما أن السلوك

يمكن أن يكون مضطربا و مؤديا للفشل كونه مبني على إتجاهات غير معقولة (معتز سيد عبد الله، 2000، ص112)

و ما نخلص إليه في هذه النظرية أن تقدير الذات عبارة عن الأفكار السائدة لدى الفرد، حيث يعمل على إثبات ذاته و تحقيق دوره في المجتمع من خلال رضا الآخرين، و يصحح الأفكار الخاطئة و المعتقدات غير الواقعية و غير الموضوعية عن الذات عن طريق الخبرة و التجربة (نفس المرجع السابق)

و حسب هذه النظرية السلوكية المعرفية نقول أن تقدير الذات قائم على أساس الأفكار و المعتقدات التي يتبناها الفرد بصفة عامة، و التي تصحح السلبية منها عن طريق الخبرة.

4-6 النظرية الإجتماعية:

- نظرية "زيلر""Ziller"

يرى "زيلر" أن تقدير الذات ما هو إلا البناء الإجتماعي للذات، وينظر "زيلر" إلى تقدير الذات من زاوية المجال في الشخصية، و يؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات، إلا في الإطار المرجعي الإجتماعي. (كفافي، 1989، ص104)

و يصف "زيلر" أن تقدير الذات يقوم به الفرد لذاته، و يلعب دور المتغير الوسيط، أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات و العالم الواقعي، وعلى ذلك عندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الإجتماعي، فإن تقدير الذات هو العالم الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك، و تقديير الذات طبقا لزيلر مفهوم يربط كل من تكامل الشخصية من ناحية، و قدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، و لهذا السبب إفترض "زيلر" "Ziller" أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية

من التكامل تحضى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الإجتماعي الذي توجد فيه (صلاح محمد علي، 1998، ص156).

مما سبق يتضح لنا في الأخير أن كل نظرية إعتمدت على متغير مهم لتحديد مستوى تقدير الذات.

فالنظرية التحليلية ركزت على الجانب الشعوري و التوازن النفسي و ذلك حسب علاقة الأنا بالأنا الأعلى، أما النظرية المعرفية فركزت على الناحية المعرفية و الخبرة، و تشير النظرية السلوكية المعرفية إلى وجوب التفكير العقلاني و الواقعي، في حين تعتبر النظرية الإجتماعية أن المجتمع هو الإطار المرجعي لتقييم الذات.

7-العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

هناك عوامل متضافرة تعمل على تحديد مفهوم تقدير الذات عند الفرد و تقديره لها، منها ما هو وراثي كالاستعدادات و القدرات و منها ما هو بيئي مكتسب كالقيم التي تسود الثقافة التي ينتمي إليها الفرد.

و لقد بدأت دراسة العوامل المحددة لمفهوم ذات الفرد و تقديرها لها بكتابات "بالدوين" "Baldwin" (1902) الذي اختار التقليد مفتاحا للعملية الإجتماعية في تطور الذات، و افترض أن معرفة الفرد لذاته و فهمه لها لا يمكن أن ينمو إلا من خلال التفاعل الاجتماعي، كما أكد أن معرفة الذات تنبع مباشرة من معرفة الآخرين (Demo, 1987, p23) و عليه تعمل العوامل الشخصية و المحيطة، أسرية كانت أم اجتماعية على الرفع أو الخفض من تقدير الذات، يمكن تلخيصها فيما يلي:

- **العوامل الشخصية:**

7-1 متغيرات نفسية و عقلية:

من المعلوم أن تقديرنا لذواتنا يتغير في المواقف المختلفة، فقد يقدر الفرد نفسه بدرجة كبيرة في علاقاته الشخصية بالآخرين، و قد يقدر نفسه بدرجة منخفضة في المواقف التي تتطلب الذكاء و التفكير في حين قد يقدر نفسه بدرجة متوسطة في أداء عمله، و يصرف النظر عن تقييم الفرد لذاته فإنه يحاول أن يتصرف بطرق تدعم تقديره لذاته هذا ما يخلق لديه نوع من الصراع الذي لا سبيل للخروج منه بدون إشباع أو الوقوع في الخطأ أو الإصابة بالضرر، و تكون النتيجة القلق و الشعور بالخوف.

فتهديد تقدير الذات هو تهديد للذات التي تحاول إحداث توازن بين الحاجات المتصارعة حماية لنفسها من القلق الذي يحدثه الصراع (فاروق عبد الفتاح السلام، 1987، ص20)

لذلك يرى "وولف" "Wolf" (دون سنة) أن العوامل الدينامية الداخلية تسبب عدم التعرف على الذات و الحكم الإنفعالي عليها (أحمد فائق، 1963، ص185)

و يشاركه الرأي "ميخائيل أسعد" (1991) الذي يرى أنه كلما كانت صورة الفرد الجسمية مشابهة بالآخرين كلما كان تقديره لذاته مرتفعا، و إذا لاحظ أي انحراف في مظهره فإنه سينتابه الضيق و القلق مما يؤدي به إلى الإنطواء و الإنسحاب إستجابة لتقديره المنخفض لذاته (ميخائيل إبراهيم أسعد،1991، ص95)

في حين يساهم النمو العقلي الطبيعي و التفوق و الإبتكار على ظهور تقدير الذات السليم، أما التأخر العقلي فيؤدي إلى الشعور بالنقص و منه تقدير الذات المنخفض (شريفي هناء، 2002، ص95)

و عليه فإذا كان الفرد متمتعا بصحة نفسية جيدة ساعده ذلك على نموه نموا طبيعيا ويكون تقديره لذاته مرتفعا أما إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة و بالتالي ينخفض تقديره لذاته (مصطفى فهمي و آخرون، 1979، ص78)

2-7 صورة المرء عن جسمه:

تعد الناحية الجسمية من المصادر الحيوية في تشكيل مفهوم الذات، فملامح الجسم الجميلة لها تأثير إيجابي في رؤية الفرد لنفسه لأن ذلك يدعو غالبا إلى إجابات القبول و الرضا و التقدير و الحب و الإستحسان.

كما يعد تعزيزا ذاتيا قويا يدفع الفرد إلى التجاوب مع قدراته و المناخ الإجتماعي بشكل مثمر، فصورة الجسم لها أثر فعال في تفاعل الفرد الإجتماعي (الظاهر محمد، 2004، ص147)

لذلك يرى "جيل " أن صورة الفرد عن جسده تلعب دورا أساسيا في سلوكه الشخصي و الإجتماعي، و إنها تشكل جزءا هاما عن مفهومه المتكامل عن ذاته، عن (جبريل عبد الخالق، 1983، ص68)

و عليه فكلما تقدمت المرأة في السن فإن علامات الكبر ترسم على جسدها (كالتجاعيد، إنقطاع الحيض و غيرها) حتى و إن كانت تتمتع بحسن الخلق، هذا ما قد يأثر في نفسيتها، هذا ما ينعكس على تقديرها لذاتها. كما أن ملامح الكبر عند المرأة في الثقافة الجزائرية عادة ما يوحي بأنها سيدة منزل و أم لعدد من الأطفال فكيف هو حال المرأة التي لا تتناسب ملامح جسمها مع معايير الثقافة السائدة في محيطها الإجتماعي؟

فالفرد يستمد من الثقافة السائدة معلوماته حول النموذج الجيد للجسم و يقارن تلك المعلومات بما هو عليه و ينعكس ذلك في مدى رضاه عن صفاته الجسمية (سعدية بهادر، 1983، ص112)، كما يرى "كو""Coe" (1972) أن صفات المرأة الجسدية من القيم الجمالية، و الذي لا يتناسب مع معايير الثقافة السائدة قد يشعره بالنقص. (عن جبريل عبد الخالق، 1983، ص67)

7-3 العوامل المحيطة:

تؤثر البيئة الخارجية على تقدير الفرد لذاته، فإذا كانت تهيء له المجال و الإنطلاق و الإنتاج و الإبداع فإن تقديره لذاته سيزداد، أما إذا كانت محبطة له إذ تضع أمام الفرد العوائق لمنعه من استغلال قدراته بشكل لا يستطيع تحقيق طموحاته فإن تقديره لذاته سينخفض.(فاروق عبد الفتاح السلام، 1987، ص21)

7-4 متغيرات أسرية:

يرى الباحث "مارلين" "Marlin" (1969) أن تقييماتنا لأنفسنا مشتقة من تقييمات الجماعة المرجعية التي استوعبناها، و أن تقييم الذات متأثر بتقديراتنا لتقييم الآخرين لنا، و يشير "هولندر" "Hollander" (1964) أن الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد لديهم دور في سلوك الفرد الإجتماعي و في تكوين فكرته عن نفسه. (عن نزيم صرداوي، 2008، ص149)

و عليه تعتبر الأسرة بمثابة الوسيط الأول المؤثر في شخصية الفرد و نشأة هويته و بناء ذاته، إذ تمده التراث البيولوجي و الإجتماعي اللذان يطلقان ملكاته و قواه، كما أنها أول مجال تشبع فيه الحاجات الجسمية و النفسية (رشاد علي عبد العزيز، 1997، ص77).

فالتنشئة الأسرية لا تخلو من تحمل مسؤولياتها عن تشكيل تقدير الذات لدى أفرادها بما تظهره من إتجاهات نحوهم وتوفره من إشباع الحاجات النفسية الأساسية، و هي المسؤولة عن إشعارهم بأنهم متقبلون من طرف الآخرين، و أنهم مرغوب فيهم حتى يستطيعون تقبل ذواتهم (يوسف عبد الفتاح، 1992، ص29)

5-7 متغيرات إجتماعية:

إلى جانب تأثير الأسرة في تقدير الذات لدى الفرد، تعمل المتغيرات الإجتماعية هي الأخرى بالتأثير في هذا المفهوم، حيث لا يصبح الفرد قادرا على تقدير نفسه إيجابيا إلا إذا توافق سلوكه مع القيم الإجتماعية، و بصرف النظر عما إذا كان ذلك السلوك مشبعا لذاته أم لا.

حيث تنمو صورة الذات خلال التفاعل الإجتماعي، و أثناء وضع الفرد في سلسلة من الأدوار الإجتماعية فالمرأة المصابة بالسمنة المفرطة التي تنشأ في وسط يحيطه التقبل و الرعاية فإن كل ذلك يكون له الأثر الواضح في تكوين مفهوم إيجابي عن ذاتها و تقبلها لها كما هو وضعها.

فالقيم الاجتماعية السائدة في المجتمع تؤثر في تقدير الفرد لذاته بطريقة أو بأخرى، إلى جانب المقارنة الاجتماعية و لعب الأدوار، و في هذا المضمار توصل كل من "ساندلر" "Sandler" و آخرون (1989) "روتر" "Rutter" (1987)، "هارتر" (1985)، "سيمونز" "Simons" و "روبرتسن" "Robertson" و آخرون (1989) إلى أن التجارب الإيجابية تؤدي إلى تقدير ذات مرتفع و بالتالي التكيف الحسن، أما التجارب المعاشة سلبا فتؤدي إلى سلوكات غير تكييفية و تقدير ذات منخفض (Dubois et all, 1994, P372)

و في المقابل لقد أكد عدة ممارسين نفسانيين وجود علاقة بين تقدير الذات و العلاقات الإجتماعية فحسب "هورني" "Horny" (1939) فإن الشخص الذي لا يعتقد أنه محبوب من طرف المحيطين به فإنه عاجز عن حب الآخرين، كما يرى "ماسلو" "Maslow" (1942) أن عدم حب الفرد لذاته يؤدي به إلى كره الآخرين و يضيف "فروم" "From" (1956) أن هذا الكره ناتج عن خوف الفرد من رفض الآخر له.

كما أن الفرد الذي يقدر ذاته بشكل جيد تكون علاقاته الإجتماعية جيدة مع المحيطين به عكس الفرد الذي يقيم نفسه بالدناء، هذا ما يؤكده "سوان" "Swann" و "ريد" "Read" (1981) اللذان يريان أن الفرد ينتظر تقييما

من محيطه مساويا للدرجة التي يقيم بها نفسه عن (Genette, 1990,Sp14) إلى جانب ذلك تلعب المقارنة دورا مؤثرا على تقدير الذات لدى الفرد، فإذا قارن نفسه بجماعة تمتاز بكفاءات أقل منه فإنه سيزيد من تقديره لذاته أما إذا قارن نفسه بجماعة أعلى منه شأنا فإنه سيحط من قيمته

(حامد عبد السلام زهران، 1972، ص61)

كما أن النقص في الموارد المالية يؤثر هو الآخر في تقدير الذات، إذ تؤكد دراسة "زوكرمان" " Zuckerman" (1980) أن تقدير الذات يرتبط بالوضع الإجتماعي و الإقتصادي، و هما يؤثران في الأهداف التي يضعها الفرد لنفسه (علي محمد الديب، 1994، ص224)

و يذهب "هلمز" "Helms" (1981) بالقول أن الأفراد الذين ينحدرون من عائلات ذات مستوى اقتصادي و اجتماعي مرتفع يقدرون أنفسهم تقديرا مرتفعا من حيث الإحترام و التربية، أما الذين ينحدرون من عائلات مستواها الإقتصادي و الإجتماعي منخفض فإنهم يقدرون أنفسهم تقديرا منخفضا من حيث احترامهم لذاتهم. (Helms, D et all, 1981, P383).

بناء على ما سبق يمكن أن نستخلص أن الدور الإجتماعي يؤثر في تقدير الذات، إذ تنمو صورة الذات خلال التفاعل الإجتماعي للفرد و هذا بوصفه في سلسلة من الأدوار و أثناء تحركه في إطار البناء الإجتماعي الذي يعيش فيه هذا ما يجعله يتعلم أن يرى نفسه كما يراه رفاقه في المواقف الإجتماعية المختلفة (حامد عبد السلام زهران، 1972، ص161)

6-7 التواصل مع الأصدقاء:

تشير بعض البحوث أن للأصدقاء دورا هاما في تقدير المرء لذاته، إذ تعمل العلاقات الإجتماعية و الصداقات على:

- تتيح للفرد فرصة اكتساب مكانة خاصة به و تحقيق هوية متميزة، تمكنه من جعل نشاطاته محور اهتمام الآخرين
- تتيح للفرد ممارسة علاقات يكون فيها على قدم المساواة مع الآخرين
- تزود الفرد فرصة اكتساب الشجاعة و الثقة بالنفس نظرا للدعم الذي سيتلقاه من أقرانه، الأمر الذي سيساعده على الإستقلال الذاتي (نشواتي عبد المجيد، 1986، ص262)

لذلك يرى "جيل" "Gale" (1969) أن مفهوم الفرد عن أهمية ذاته يستمد إلى حد بعيد من اتجاهات رفقائه نحوه (جبريل عبد الخالق، 1986، ص66)

و يضيف "القوصي" (1970) أن التفاعل العكسي المتبادل بين الفرد و غيره أساسي في جعل تقدير ذاته أقرب من الواقعية (القوصي عبد العزيز، 1970، ص274)

7-7 المستوى الإقتصادي و الإجتماعي:

يلعب المستوى الإجتماعي و الإقتصادي دورا بارزا في تقدير المرء لذاته، غير أن هذه المسألة لا تزال تثير الجدل رغم وجود دراسات تشير إلى أنه من الأكثر إحتمالا أن توجد علاقة بين تقدير الذات و المستوى الإجتماعي و الإقتصادي للأسرة. و يرجع بعض الباحثين السبب إلى أن المستوى الإجتماعي مؤشر على المكانة و الإعتبار و النجاح، و أن الأشخاص الذين يحتلون مكانة أعلى في النظام الإجتماعي لهم عادة وظائف و مناصب عمل أفضل و يحصلون على دخل أعلى، و يتمتعون بمستوى معيشي مرتفع، و ينظر إلى هؤلاء على أنهم أكثر نجاحا و ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أكثر أهمية (جبريل عبد الخالق، 1983، ص73)

و في سياق الحديث عن المستوى الإجتماعي و الإقتصادي نشير إلى أن الإتجاهات و الأحكام المسبقة تلعب دورا في تقدير الذات، حيث تنقل الطبقة المسيطرة قيمها و اتجاهاتها نحو الفقراء فيتقمص أبناء الفقراء

الدور المعين من قبل الثقافة و يعكسون اتجاهاتهم نحو ذاتهم، فالتحيزات و التعصبات التي تظهر على شكل أحكام مسبقة تنعكس بدورها على شكل اتجاهات نحو الذات، و التوقعات من الذات ممتزجة بالإفتقار إلى التحدي و هي تقود إلى تقدير ذات منخفض (جبريل عبد الخالق، 1983، ص73)

8- المرض و تأثيره على تقدير الذات:

يرى "كوبر سميث" "Cooper Smith" أن تقدير الذات يختلف تبعا للخبرات و مختلف المتغيرات كالجنس و المرض، و بعض الضروف الأخرى، إذ يعتبر نفسه جيدا في عمله، متوسط كلاعب تنس، ضعيف كموسيقي، فتقديره الكلي هو مجموعة من المجالات طبقا لأهميتها الذاتية، فإذا ما و ضع الباحث الفرد المصاب بمرض ما في هذه الوضعية إستنتجنا أنه مطالب أن يكون في لياقة بدنية عالية، متحكما في جسمه لكي يستطيع أن ينجح في عمله كلاعب تنس و لكن هذه الشروط لا تتوفر لديه بعد الإصابة بالمرض مما يدفعه إلى اختيار لعبة أخرى تتماشى مع وضعيته الجديدة و هذا ما يؤدي به إلى إحباطات عديدة.

إن فئة المصابين بالأمراض يعيشون في توتر مستمر، لأن الجسد هو وسيلة التعبير و الإصابة بالمرض تفقد الفرد هذه الوسيلة و عليه أن يستعمل ميكانيزمات تجعله يبرز تغيير سلوكه نحو المجتمع، لأن الصورة الجسدية يعاد النظر فيها عند الإصابة بالمرض، و هذا ما يؤثر على تقدير الذات لدى المصاب (ليلى عبد الحميد، 1985)

أما الجانب الجمالي فله أهمية قصوى عند المرأة منه عند الرجل، و الإصابة بالمرض تكون أكثر ضررا عليها من الناحية النفسية (L'écuyer, 1978).

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل يمكننا أن نستخلص أن تقدير الذات هو التقييم الذي يمنحه الفرد لنفسه سواء كان إيجابيا أو سلبيا و ينعكس هذا التقييم على ثقة الفرد بنفسه و شعوره، و تقبل الفرد لذاته و رضاه عنها و يعتبر إحدى العوامل المهمة التي تجعل الفرد أكثر قوة على مواجهة مختلف المواقف السلبية للحياة، بينما رفض الذات يجعل الفرد أقل ثقة بنفسه و قدراته.

و تقدير الذات يرتبط بمفهوم الذات الذي يعتبر جانب مهم من جوانب الشخصية.

فبعدما قمنا بدراسة تقدير الذات في هذا الفصل، فكيف يكون تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة المفرطة؟

الفصل الثالث

السمنة المفرطة

السمنة المفرطة

تمهيد

1. **تعريف السمنة**
2. **أشكالها**
3. **تشخيصها**
4. **أسباب السمنة**
5. **المخاطر الصحية المرتبطة بالسمنة**
6. **إنتشار السمنة**
7. **تأثير فرط الوزن و السمنة على تقدير الذات لدى السيدات**
8. **علاجها**

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر السمنة المفرطة مرض خطير يهدد الحياة كونه يتسبب في مشكلات صحية جسمية و نفسية، لذلك السمنة لا يمكن أن نعتبرها مشكلة بسيطة بل هي مرض معقد يتعلق باستغلال الطاقة مما يؤدي إلى أخطار صحية كثيرة كالسكري و ارتفاع ضغط الدم و الكوليسترول و أمراض القلب و المفاصل و غيرها، بالإضافة إلى السمنة مشكلة جمالية أي تشوه صورة الجسم، و أصبحت تتزايد يوما بعد يوم حتى و صلت إلى أرقام جد مرتفعة، إذ لم تقتصر على مجتمع أو بلد معين بل شملت كل العالم.

و فيما يلي نحاول تقديم ما توصلنا إليه من معطيات حول هذا الإضطراب بالتطرق إلى تعريف السمنة أشكالها و الأسباب المؤدية لهذا المرض و مضاعفاته و العلاج منه.

1-تعريف السمنة:

التعريف اللغوي:

السمنة في اللغة العربية تعني البدانة، و هي مشتقة من كلمة سمين أي ممتلئ الجسم.

السمنة في المعجم الفرنسي هي الزيادة في وزن الجسم نتيجة ازدياد كتلة الدهن فيه.

(Le petit Larousse, 1994, p :125)

التعريف الطبي للسمنة:

تعرف السمنة طبيا بالحالة المرضية التي يزيد فيها وزن الجسم على 20 % من الوزن المستحب، بحيث هذا الأخير يؤمن أملا أطول في الحياة. (Marian Apfel Baum, 1995, P :137)

التعريف الإصطلاحي:

تعني الزيادة في وزن الجسم نتيجة زيادة نسبة الشحوم عن معدلها الطبيعي بالنسبة للشخص الإعتيادي و تعرف السمنة أيضا على أنها زيادة غير طبيعية في كمية الطاقة المخزنة دهنا، إذ أن نسبة الدهون المثالية لأي فرد تعتمد على عدة عوامل مثل العمر، الصحة، الجنس، البيئة. (ماهر أحمد عاصي، 2000)

كما تعرف السمنة بالزيادة في كتلة الدهن في الجسم و التي تؤدي نتائج مضرة بالصحة. (Communique de presse-assistance publique des hôpitaux de paris, 2007, p :4)

و تعرف منظمة الصحة العالمية (Who) فرط الوزن على أنه الحالة التي يبلغ فيها منسب (مؤشر) كتلة الجسم 25 أو يتجاوز تلك النسبة، أما السمنة فتعرفها على أنها الحد الذي يبلغ فيه مؤشر كتلة الجسم 30

أو يتجاوز تلك النسبة، و تعد هاتان النسبتان الحديتان مرجعا هاما لتقييم فرط الوزن و السمنة لدى الأفراد. (شعبان بروال، 2006، ص8)

1-1 الإتجاهات التاريخية للسمنة:

كان ينظر في العصور الوسطى للسمنة على أنها علامة على الثروة، و كانت شائعة نسبيا بين موظفي الدولة، و أول من تعرف على السمنة كإضطراب صحي هم اليونانيون، حيث كتب "أبقراط" أن البدانة ليست مرضا في حد ذاتها فقط لكنها نذيرا لغيرها من الأمراض أيضا.

وخلال القرن 20 بعدما وصلت المجتمعات إلى أقصى طول تسمح به جيناتها، بدأ الوزن في الزيادة بمعدلات أكبر من الطول، و في الخمسينات من القرن العشرين أدت الثورة في العالم المتقدم إلى انخفاض الوفيات بين الأطفال، لكن مع زيادة الوزن أصبحت أمراض الكلى و القلب و السكري أكثر شيوعا. (زياد درويش، عدنان الحمودي، 2005).

2-1 تصنيف السمنة:

يتم تصنيف درجة السمنة من خلال منظمة الصحة العالمية

1-2-1 مؤشر كتلة الجسم:

IMC (Indice de Masse Corporelle) BMI(Body Mass Index)

و يتم حسابه بقسمة كتلة الفرد على مربع طوله.

$\frac{\text{الوزن(كغ)}}{\text{الطول(م2)}}$ = IMC (BMI) $\frac{Kilogramme}{((Metre)2)}$. (حسين فكري منصور ، 2004، ص7).

و هذا التصنيف حددته منظمة الصحة العالمية (who) لعام (1997) و نشرته عام (2000)، و هو المؤشر الموحد للجميع دون اعتبار السن أو الجنس أو العرق فهو عالمي و خصوصا أنه ينطلق من الوزن الحقيقي و الواقعي الشخصي للفرد، و من ثمة يقع تصنيفه حسب مؤشر و جدول واضح و متفق عليه في كل الدراسات و الإحصائيات و هو كالتالي:

جدول رقم (1): يمثل تصنيف درجة السمنة حسب مؤشر كتلة الجسم.

مؤشر كتلة الجسم	التصنيف
أقل من 18.5	أقل من الوزن الطبيعيInsuffisant
18.5 .... 24.5	وزن طبيعي Normal
25 .... 29.5	بدانة (زيادة الوزن) Surpoids
30 .... 34.5	سمنة درجة أولى Obésité Modéré
35 .... 39.5	سمنة درجة ثانية Obésité Sévère
أكثر من 40	سمنة مفرطة Obésité Morbide

يمثل الجدول رقم (1) تصنيف درجة السمنة حسب مؤشر كتلة الجسم، حيث أقل من 18.5 يعتبر أقل من الوزن الطبيعي و ما بين (18.5 – 24.5) يعتبر وزن طبيعي، و أكثر من (25 – 29.5) يعتبر فرط في الوزن، و من (30 –34.5) يعتبر سمنة درجة أولى، و من (35 – 39.5) تعتبر سمنة درجة ثانية، و أكثر من 40 يعتبر سمنة مفرطة.

إلا أنه يجب التأكد عند أخذ مؤشر كتلة الجسم بين نوعية السمنة و ضخامة العضلات كممارسي رياضة كمال الأجسام، إنحباس السوائل والأملاح في الجسم عند مرضى القلب و الكلى و كذلك عند بعض النساء قبل العادة الشهرية.(حسين فكري منصور، 2004، ص8)

1-2-2 قياس محيط الخصر: (Périmètre abdominale ou tour de taille)

يتم أخذ قياس محيط الخصر، باستعمال شريط القياس العادي و يكون كالآتي:

(حسين فكري منصور، 2004، ص8)

جدول رقم (2): يمثل تصنيف السمنة حسب قياس محيط الخصر.

الرجال	النساء	التصنيف
< 94 سم	< 80 سم	وزن طبيعي
94.....102سم	80...........88سم	وزن زائد
> 102 سم	> 88 سم	سمنة

يمثل الجدول رقم (2) تصنيف السمنة حسب قياس محيط الخصر، حيث أقل من 94 سم عند الرجال و أقل من 80 سم عند النساء يعتبر وزن طبيعي، و من (94 سم – 102 سم) عند الرجال و من (80 سم – 88 سم) عند النساء يعتبر وزن زائد، و أكبر من (102 سم عند الرجال و 88 سم عند النساء) تعتبر سمنة.

2- أشكال السمنة:

اعتمد العياديون تقسيم السمنة إلى شكلين هنا:

أ- حسب الشكل:

السمنة المتمركزة في البطن (Obésité Androide)

السمنة المتمركزة في الوركين (Obésité Gynoide)

2-1 السمنة المتمركزة في البطن:

و تتظاهر بتراكم الأنسجة في القسم الأعلى من الجسم أي منطقة البطن، بحيث يكون عرض الحوض أصغر من عرض الكتفين، و هذا النوع من السمنة هو أكثر شيوعا لدى الذكور منه لدى الإناث (بطرس حافظ، 2008)

و هذا النوع من السمنة تؤدي إلى التعقيدات الأيضية كالسكري، زيادة نسبة الدهون في الدم ...إلخ

وقد دلت دراسة أجريت في جامعة "غوتنيرغ" على 3000 من مرضى السمنة، على أن سمنة البطن تجعل المصاب بها عرضة للإصابة بأمراض إنسداد الشرايين القلبية أو الدماغية ...إلخ

2-2 السمنة المتمركزة في الوركين:

و يمتاز هذا النوع من السمنة أن عرض الحوض (الوركين) أكبر من عرض الكتفين و ذلك بسبب تمركز النسيج الشحمي في منطقة الوركين، و هذا النوع هو الأكثر حدوثا لدى النساء و يعود هذا التقسيم للعالم

"J.Vagoe" إذ أن هذا التقسيم يساعد على تحديد إحتمالات حدوث التأثيرات الجانبية للسمنة كما أن السمنة المتمركزة في الوركين تؤدي إلى ظهور تعقيدات مثل الدوالي، الفتاق، ألام المفاصل و أمراضها.

ب- حسب السن:

لا يعتمد التقسيم العيادي للسمنة فقط على الشكل و إنما أيضا على السن الذي بدأت فيه السمنة الظهور فيه و على هذا الأساس تقسم السمنة إلى:

السمنة المبكرة و السمنة المتأخرة. (حسين فكري منصور، 2004، ص9)

أ- السمنة المبكرة:

تحدث قبل سن العشرين يزداد فيها عدد الخلايا الدهنية في جسم المريض لتبقى ثابتة بعد ذلك، و هذه الزيادة هي التي تجعل من علاج هذا النوع من السمنة عسيرا إذ لم نقل مستحيلا، و هي تتركز عادة حول الوركين. (حسين فكري منصور،2004، ص10)

ب-السمنة المتأخرة:

تحدث بعد سن العشرين، و فيها يكون عدد الخلايا الدهنية طبيعيا إلا أنها تكون ضخمة بحيث يصل حجمها إلى 100 ميكرون، في حين أن الحجم العادي للخلية الدهنية لا يتعدى 20 إلى 30 ميكرون، و هذا النوع من السمنة يتركز عادة حول البطن، و هو أسهل علاجا من السمنة المبكرة.

(حسين فكري منصور، 2004، ص10)

3- تشخيص السمنة:

تعتبر السمنة كبقية الأمراض فإن تحديد تاريخ السمنة و شكلها العيادي هو من الأمور الأساسية في تشخيص المرض و تحديد الخطوات العلاجية الواجب اتخاذها حياله، و انطلاقا من هذه المعطيات يجب تحديد تاريخ بداية ارتفاع وزن المريض، و من المهم جدا تحديد وزن المريض عندما كان في العشرين من عمره، كما أن من المفيد تحديد وزن المريض منذ ولادته إذا أمكن ذلك، أما في حالة النساء فمن المهم التعرف على عدد الأولاد الذين وضعتهم المريضة، و أيضا استجواب المريضة بدقة بهدف محاولة تحديد السبب المباشر المؤدي للسمنة الذي قد يكون ناجما عن الحمل، سن اليأس، صراعات نفسية، تغيير نمط الحياة، الإقلال من الجهد الجسدي و هذه العوامل كثيرا ما تكون صعبة و غامضة التحديد، فعند فحص البدين لابد من تحديد ما إذا كان وزنه في ارتفاع مستمر، فالتكلم عن السمنة في مرحلتها الدينامية، أما إذا كان الوزن ثابتا فعندها نتكلم عن السمنة في مرحلتها المستقرة. (بطرس حافظ، 2008، ص57)

و بعد الحصول على هذه المعلومات التي تمكن من تشخيص السمنة و تحديد درجتها و شكلها العيادي يبدأ الفحص العيادي الجسدي للمريض، و يهدف هذا الفحص إلى تحديد سماكة النسيج الشحمي في جسم المريض و أماكن تجمع هذا النسيج، من أجل ذلك يجب فحص المريض واقفا و بالتحديد فحص سماكة النسيج الشحمي في المناطق الآتية:

- منطقة الزند (العضلة ثلاثية الرؤوس) Région tricipitale
- منطقة ما تحت الكتف Région Sous-scapulaire
- منطقة البطنRégion abdominale
- قياس عرض الكتفيتين و عرض الوركين و المقارنة بينهما. (نفس المرجع السابق)

4- أسباب السمنة:

لقد تعددت الأسباب المؤدية للسمنة و فيما يلي نذكر:

4-1 الوراثة:

تتغير البنية الوراثية من شخص لآخر و بناء عليه يكون الإختلاف في احتمال الاصابة بمرض السمنة، لقد أظهرت دراسة فرنسية-بريطانية أجريت حديثا على مجموعة أفراد مصابين بالسمنة، أنخطر الإصابة بهذا المرض يرتفع بوجود طفرة وراثية في المورثة (GAD) (و هذه المورثة مسؤولة عن صنع أنزيم يدعى جلوتامات ديكربوكسيلاز Glutamate Décarboxylase هذه الأخيرة بدورها تحفز إنتاج و تنشيط ناقل عصبي يدعى حمض جاما أمينو بوتريك أو GABA و الذي يعمل على تنبيه الشهية)، و استطاع الباحثون في هذه الأثناء أن يحددوا شكلين مختلفين للمورثة: شكلا طبيعيا و آخر غير طبيعي يغير من السلوك الغذائي و من صنع مادة الأنسولين، باعتبار هذه الأخيرة هرمونا يساعد على بعث رسالة الشبع للجسم. و هذا ما يسبب الشراهة و الأكل دون شبع عند بعض الأشخاص البدينين. (Marie-Hélène, 2006, P :21)

4-2 النمط الغذائي:

تبين علميا أن الغذاء يعتبر من أهم أسباب السمنة إذا تعدى احتياجات الجسم اليومية، حيث أنه من المؤكد أن التهام الغذاء بسعيرات حرارية عالية مع عدم صرف هذه السعيرات يؤدي إلى تراكم الدهون في جسم الإنسان علما بأن الدهون لها كفاءة أعلى من الكربوهيدرات و البروتينات في التكتل في أنسجة الجسم، و هنا نتعرف على عناصر الغذاء و الطاقة و آلية توليدها، لأن الغذاء المتوازن هو الغذاء المتنوع و الكافي و المتكون من العناصر الغذائية الآتية:

الكربوهيدرات، الدهون، البروتينات، المعادن و الفيتامينات و الماء.

4-2-1 المواد الكربوهيدراتية:

و هي من مكونات الأغذية التي تتحلل إلى غلوكوز، و هو نوع من السكر تستخدمه الخلايا لاكتساب الطاقة، و يستفاد من احتراق الكربوهيدرات في الجسم من أجل توليد الطاقة و التدفئة و النشاط، أما الزائد منها فيختزن في الكبد و هناك نوعان من الكربوهيدرات:

أ- **النوع البسيط:** موجود في السكر، العسل، قطع الحلوى ...إلخ

ب- **النوع المعقد:** موجود في الخضر، الخبز، المعجنات.(بطرس حافظ، 2008، ص58)

4-2-2 المواد الدهنية:

الدهون عنصر هام جدا للطاقة فيستفيد منها الجسم مباشرة أو يدخرها لحين الحاجة، بحيث أن امتصاص الدهون لا يتم إلا بعد تحويله في الأمعاء إلى أحماض دهنية، و إذا زاد مقدار المواد الدهنية عن حاجة الجسم عندئذ يمكن أن تتراكم عوضا عن احتراقها و ذلك في أماكن مختلفة من الجسم، أهمها الأنسجة الشحمية و ربما تتراكم في بطانات الأوعية الدموية وهي أساسية للصحة و لكنها مضرة عند الإكثار منها.

أنواعها:

4-2-2-1 الدهون الحيوانية: اللحوم، الحليب ، الزبدة ... إلخ

4-2-2-2 الدهون النباتية: الزيتون، الذرة، اللوز، الجوز ...إلخ

(نفس المرجع السابق)

أ- البروتينات:

لها أهمية عظيمة من حيث القيمة الحيوية لاحتوائه على الأحماض الآمينية الحيوية المفيدة للنمو و الصحة و البروتينات هي أساسية لتكوين العضلات، أي الجزء الأكثر فعالية في الجسم لحرق السعيرات الحرارية.

أنواعها:

1. **البروتينات اللحمية:** توجد في كل أنواع اللحوم (حمراء، بيضاء)
2. **البروتينات النباتية:** توجد في القمح، الذرة، الأرز.(بطرس حافظ، 2008، ص60-62)

ب-المعادن:

إن جسم الإنسان يتركب من معادن فهو بحاجة مستمرة إليها، فبعضها يدخل في تكوين العظام و الأسنان و بعضها الآخر يعتمد في تركيب الخلايا الحية للعضلات و الأنسجة المختلفة و كريات الدم الحمراء كالحديد الكبريت و الفسفور ...إلخ.

و لابد لتكوين سوائل الجسم الداخلية من وجود الأملاح المعدنية القابلة للذوبان كأملاح الصوديوم و البوتاسيوم، كما أن العضلات و الأعضاء المختلفة لا تؤدي وظائفها على الوجه الأكمل إلا في حال وجود مقادير معينة من هذه العناصر و هي: البوتاسيوم، الحديد، الصوديوم، الفسفور، اليود ...إلخ (نفس المرجع السابق)

ج- الفيتامينات:

و هي عبارة عن مواد عضوية كيماوية ذات أهمية عظيمة في المحافظة على حالة الجسم الصحية، و هي مواد يصعب تفسيرها بالمعنى الصحيح، و يرجع ظهور الفيتامينات في عالم التغذية إلى الفترة الواقعة بين

1820 –1910، و تشمل كلمة فيتامين على جزئين مقطعين (فيتا) و (مين) و يدل اللفظ في مجموعة على الأمينات الضرورية للحياة، و تنقسم إلى قسمين:

- **المجموعة الأولى:** تذوب في الدهون و تشمل على الفيتامينات: K, E, D, A
- **المجموعة الثانية:** تذوب في الماء و تشمل على فيتامين B وC. (بطرس حافظ، 2008، ص64)

مصدرها:

إن منشأ الفيتامينات نباتي لكنها توجد في أعضاء الحيوانات حيث تنتقل إليه عن طريق التغذية بالنبات كما أن فيتامين D و A ينشأ و يتكون في كبد الحوت من جراء تناول العضويات البحرية النباتية المنتشرة في البحر، و هذه العناصر تكون بصفة عامة أغذية البناء و النمو، أغذية الطاقة فتنقسم إلى قسمين هما:

– **طاقة أساسية** و هي التي يحتاجها الجسم لنشاطه الغير ارادية مثل دقات القلب، التنفس، حركة الأمعاء ...إلخ

– **طاقة النشاط و الحركة** و هي التي تنتج عن استخدام الإنسان لها خلال يومه كالمشي، الحركة بصفة عامة.

آلية توليد الطاقة:

آلية توليد هذه الطاقة عن طريق:

الأيض: (Métabolisme) :

و يرمز الأيض إلى مجموعة من العمليات الفيزيائية و الكيميائية المسؤولة عن مختلف تحولات البنية و الطاقة، و هذه العمليات تتم داخل الخلايا، و تمر عملية الأيض بثلاث مراحل هي:

– إدخال الأغذية إلى الجسم عبر الجهاز الهضمي حيث تمتصها خلايا الجسم.

- عملية الإمتصاص التي تتم في معظمها على مستوى الأمعاء الدقيقة.

- تحويل الأغذية الممتصة إلى مكوناتها الأساسية أي إلى بروتين، سكريات و دهون ثم تحويل هذه المكونات إلى طاقة يستهلك منها الجسم حاجته كإدارة وظائف الجسد و يخزن الباقي و هذا التخزين يعرف بالتمثيل الغذائي و هو عبارة عن تحويل فائض الغذاء إلى أنسجة. (بطرس حافظ، 2008، ص65) .

الأيض الأساسي: (Métabolisme Basal):

يتمثل في كمية الطاقة اللازمة للجسد كي يقوم بعملياته الحيوية: نبض القلب، التنفس، تحريك الدم في الشرايين، عمل المعدة، و غيرها من العمليات الجوهرية التي تجري في الجسم.

مما تقدم نلاحظ أن جهاز الطاقة في الجسم البشري يمكن اعتباره جهازا مغلقا تتعادل الطاقة المستهلكة و اختلال هذا التوازن يؤدي إلى مظاهر عيادية مختلفة، فإذا زادت الكمية المستهلكة أدى ذلك إلى الهزل، أما إذا زادت كمية الطاقة الواردة فإن ذلك يعني بداية تكوين الأنسجة الشحمية و بالتالي بداية السمنة. (نفس المرجع السابق).

إن حصة الطاقة الغذائية للفرد تتنوع و تختلف باختلاف المكان و الزمان، ففي 1996 حققت الولايات المتحدة الأمريكية أكبر معدل إستهلاك بمقدار وصل إلى 3654 سعرة حرارية للفرد، إلا أن هذا المعدل تزايد بصورة أكبر خلال عام 2003 حتى وصل إلى 3753 سعرة حرارية، و في نهاية التسعينات من القرن 20 كان الأوربيون يتناولون نحو 3394 سعرة حرارية للفرد الواحد. و هذا ما يؤكد علاقة استهلاك السعرات الحرارية بالسمنة. و أكدت دراسة أخرى أجريت بالرياض في العام الدراسي 2006-2007 أن الإرتباط القوي بين انتشار السمنة و بين تناول الوجبات السريعة و المشروبات الغازية و مشاهدة التلفاز. (Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, et al, 2006, p :94)

3-4 قلة النشاط و الحركة:

إن الطريق الوحيد لصرف هذه السعيرات الحرارية و اجتناب أخطارها على الصحة هو المجهود البدني و الحركة المستمرة، و يقول "ماهر أحمد عاصي" أنه من المعروف أن السمنة نادرة الحدوث في الأشخاص الدائمين الحركة أو اللذين تتطلب أعمالهم النشاط و الحركة المستمرة و أيضا يجب استيعاب أن قلة حجم النشاط بمفرده السبب الكافي لحدوث السمنة، و لا شك أن النشاط و الحركة لهما فائدة كبيرة في تحسين صحة الفرد بصفة عامة، و يمكن أن نوجز النشاط و الحركة بكلمة واحدة هي الرياضة، كما أشارت الدراسات أن للرياضة دور في تخفيض نسبة الدهون، و غلوكوز الدم، كما لها دور في نشاط الأنسولين و استقبال أنسجة الجسم له. (ماهر أحمد عاصي، 2000، ص153).

و كشف التقرير السنوي لعام 2004 للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط أنه يتزايد اتخاذ المجتمعات في إقليم الشرق الأوسط لأنماط حياتية تفتقر إلى الحركة و النشاط بفعل التأثير البعيد لأساليب الحياة العصرية كالاستخدام المتزايد لوسائل النقل الآلية، و شيوع استخدام التقنيات الموفرة للجهد بصورة أكبر داخل المنازل و قد أصبحت السمنة ظاهرة منتشرة بين النساء في بعض بلدان الإقليم، و الكثيرون من سكان الإقليم لا يمارسون أي نشاط بدني علما أن عدم ممارسة أي نشاط بدني يتسبب وحده فيما يقدر بنحو 124000 وفاة سنويا. (منظمة الصحة العالمية، 2004)

4-4 الإضطرابات الهرمونية:

تعتبر الإضطرابات الهرمونية أحد أسباب السمنة، كقصور إفراز الغدة الدرقية المرتبط عادة بنقص اليود في الجسم فإنه يؤدي إلى حالة الأودنيما المخاطية (Myxœdème) المتميزة بالبدانة، فالراشد يزداد بطئ الأيض

عنده و يتزايد وزنه، كما أن هذا القصور يؤثر على مراكز الشبع في المخ لذلك تؤكد بعض الدراسات أن كسل إفراز الغدة الدرقية هو المسؤول بشكل أساسي عن الإصابة بالسمنة. (بطرس حافظ، 2008، ص75)

كما يؤكد "عادل فهمي" أن انخفاض هرمون الغدة النخامية و الهرمونات الذكرية و الأنثوية يؤدي إلى السمنة. (عادل فهمي، 2003، ص153)

4-5 العوامل النفسية:

يؤكد "مايكل هالبرستام" "M.Halberstame" على أن الإنفعالات و العوامل النفسية تلعب دورا بارزا في أمراض الجسم مثل ضغط الدم، و أمراض القلب، و العيون و درجة الحرارة و السمنة.

و يرى "هالبرستام" أن الدراسات الإكلينكية بينت أن نسبة (62-65%) من حالات السمنة المفرطة ترجع إلى عامل نفسي بحت، و من جهة أخرى أثبتت الدراسات في مجال علم الجراحة و الأعصاب أن مركز الإنفعالات، و مركز الشبع يوجدان في منطقة الهيبوتلاموس. (بالإضافة إلى مراكز أخرى مثل النوم و الجنس و اللذة و الألم ...)، لذلك فإن حالة القلق و الانفعال الزائد تؤدي إلى تعطيل مركز الإحساس بالجوع و الشبع و بالتالي لا يشعر الفرد (خاصة السيدات) فيما بعد بأن الوزن أصبح أكثر من اللازم، و أن منظر الجسم أصبح غير مرض، مع اضطراب المظهر الخارجي للجسم تدريجيا مما يترك أثرا سيئا على مجال الجسم و على نظرة الفرد لذاته.

و يؤكد أيضا الطبيب النفسي في جامعة صوفيا "ايوجينشاركوفسكي" "E.Sharkovski" على وجود علاقة وطيدة بين حالات الضغط النفسي و القلق الحاد و وظائف الهيبوتلاموس، خاصة فيما يتعلق بالجوع و الشبع و يرى أن حالة السمنة المفرطة ترجع إلى عوامل نفسية واضحة. كما أن هذه العوامل بامكانها أن تؤدي إلى فقدان الشهية للطعام.

وقد تصاحب السمنة المرضية اضطراب نظام النوم، أو زيادة النوم عن حدوده، و يرى "شاركوفسكي" أن مثل هذه الحالات تستخدم الطعام كبديل لإرضاء النفس، كما نلاحظ لدى الكحوليين الذين يلجؤون إلى الكحول كبديل عن المصادر السوية لإرضاء النفس مثل النجاح في العمل و تكوين صداقات. و البدين، إذا بدأ الطعام لا يتوقف عادة حتى ينتهي الطعام من أمامه أو حتى يشعر بالإزعاج.

(فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص231)

4-6 العوامل الإجتماعية و البيئية:

تختلف البيئات في نظرتها إلى زيادة الوزن و السمنة فمعظم مجتمعات الدول النامية و الفقيرة تفضل أن يكون الرجل طويلا و مفتول العضلات، و أن تكون المرأة سمينة نوعا ما دلالة على الصحة و القدرة على الإنجاب.

أما المجتمعات المتقدمة فتفضل أن تكون المرأة نحيفة دلالة على النشاط و الحيوية و الجاذبية، إلا أن السمنة غزت هذه المجتمعات الغنية كاستجابة لحياة الترف السهلة من غزو الوجبات السريعة المشبعة بالدهون و السكريات، و الإعتماد على وسائل التنقل الحديثة و غيرها من تبعات التكنولوجية الحديثة.

كما قد تحدث السمنة عند تناول بعض الأدوية كمضادات الإكتئاب، بعض المهدئات، بعض أدوية الصرع و علاج التشنجات، بعض أدوية مرض السكري، بعض الهرمونات الخاصة بحبوب منع الحمل، معظم الكورنتيزونات، و بعض أدوية علاج الضغط و الحساسية و فتح الشهية.

(شيلي تايلور، 2008، ص157).

5- المخاطر الصحية المرتبطة بالسمنة:

1-5 مرض السكري النمط الثاني (Diabète type2):

يعتبر السكري من أكثر الأمراض تأثيرا على الصحة العامة للمصاب و هو النمط الأكثر شيوعا، و في هذا النوع الجسم قد ينتج الأنسولين و لكن ليس بالقدر الكافي، و أن الجسم لا يتجاوب مع الأنسولين المنتج و غالبا ما ينشأ بسبب نمط الحياة و يتضمن اضطراب في الأيض و الغلوكوز، و في التوازن ما بين انتاج الأنسولين و استجابة الجسم له و هذا التوازن قد يتعرض إلى الإختلال بسبب عوامل أخرى تساهم في حدوثه مثل السمنة. (شيلي تايلور، 2008، ص157).

و فيما يلي سنبين علاقة السمنة بمرض السكري:

إن كل خلية عليها مواد تستقبل هرمون الأنسولين الذي يحرق الغلوكوز لينتج الطاقة و هذه المواد تسمى مستقبلات الأنسولين و إذا لم توجد هذه المستقبلات أو قل عددها فإن الأنسولين لن يعمل على هذه الخلية و بالتالي لن يستفاد من الغلوكوز، فترتفع نسبته في الدم و نسبة هذه المستقبلات تبقى ثابتة على الخلية الدهنية العادية، و إذا زاد حجم الخلية كما حال السمين فإن عدد المستقبلات تكون قليلة غير كافية بالنسبة لمساحة الخلية الكبيرة الحجم (أحمد ماهر عاصي، 2000، ص95).

و تشير منظمة الصحة العالمية (Who) لعام 2011 أن عدد المصابين بالسكري 220 مليون نسمة موزعين في جميع أنحاء العالم، و أيضا تشير التقديرات إلى أن عام 2004 شهد وفاة نحو 4.3 مليون نسمة نتيجة ارتفاع نسبة السكر في الدم و قد سجلت نسبة 55% من تلك الوفيات عند النساء. و من بعض تبعات هذا المرض أمراض القلب و السكتة الدماغية، إعتلال الشبكية الذي يؤدي إلى فقدان البصر. (منظمة الصحة العالمية، 2011)

5-2 ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم:

هو نسبة الدهون المنتشرة في الدم و هناك ثلاثة أنواع:

الأول: يطلق عليه اسم البروتين الدهني العالي الكثافة (High-Density Lipoproteins).

HX أو ما يعرف بالكولسترول الجيد، و يبدو أن له دور في تخليص مجرى الدم من الكولسترول الزائد و تقليل احتمالات التعرض لنوبات قلبية.

الثاني: هو البروتين الدهني ذو الكثافة المنخفضة (Low-Density Lipoproteins) LDL و يسمى بالكولسترول السيء لأنه مسؤول عن انسداد الشرايين مما يؤدي إلى الإصابة بالسكتة القلبية.

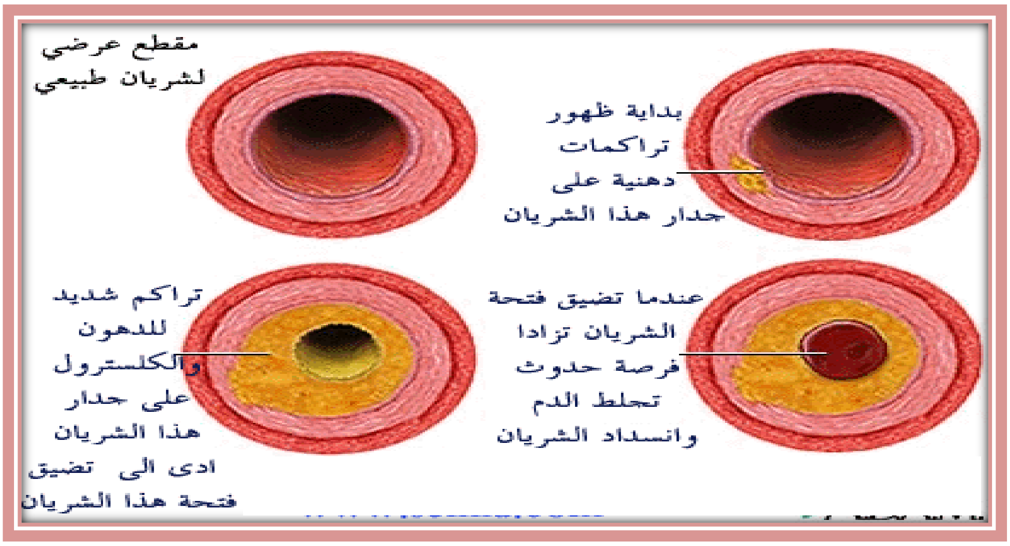
الثالث: و هو البروتين الدهني (Lipoprotein «A» LPA) A الذي يعمل على زيادة كثافة الدم و قسوة جدران الشرايين مسببا زيادة في حدوث الجلطات و السكتات القلبية، و تواجد هذه الدهون في الجسم راجع أساسا للتغذية الغنية بالدسم مثل الشحوم، الزبدة...إلخ (شيلي تايلور، 2008، ص158)

5-3 أمراض القلب و الشرايين:

يعود السبب الرئيسي لأمراض القلب إلى تصلب الشرايين (Athérosclérose) الذي ينشأ عن ترسب الكولسترول و مواد أخرى على الجدران الداخلية للشرايين و هذه المواد تشكل صفائح تعمل على تضييق الشرايين و هذا يقلل من تدفق الدم عبرها و يؤثر في تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية إلى الخلايا مما يسبب تدمير الأنسجة. (نفس المرجع السابق)

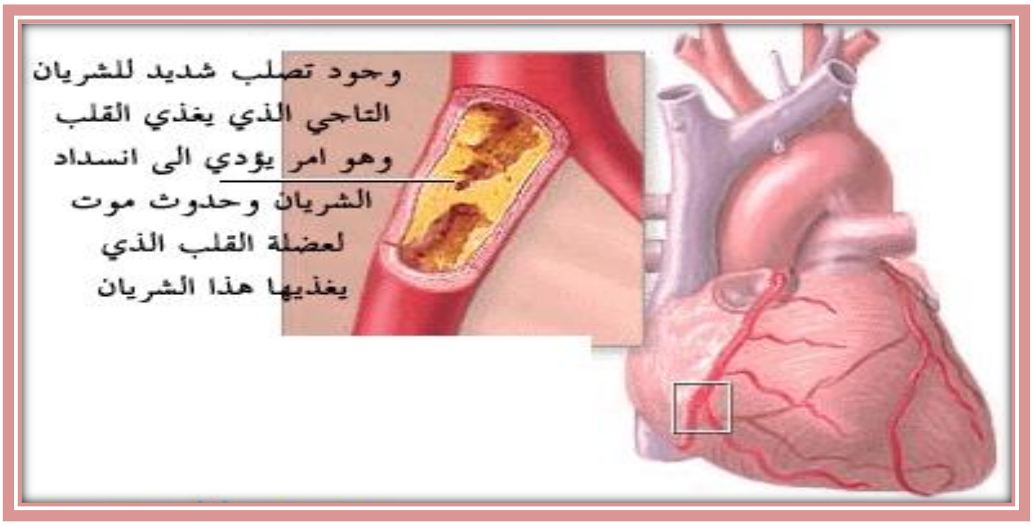
كما أن نتائج الدراسة التي أجراها البروفسور "كنال" "Kannel" إذ لاحظ هذا الباحث أن 67% من المصابين بأمراض السكتة الدماغية و كذلك بقصور القلب هم ممن يعانون السمنة و تنخفض هذه النسبة قليلا

لتبلغ 50% في حالة أمراض الشرايين التاجية، و أن معظم مرضى السمنة هن من النساء و أن للسمنة تأثيرات شديدة على صعيد الجسم و خاصة بعد سن الأربعين، بحيث لا تقتصر هذه الأثار فقط على تعريض المريض للإصابة بأمراض القلب و الشرايين و لكنها تمتد لتزيد في التعقيد أو ربما تسبب في ظهور عدة أمراض أخرى كالفشل الكلوي و السكتات القلبية ...إلخ (بطرس حافظ، 2008، ص85).



الشكل رقم (1): توضح ترسب الكوليسترول على الجدران الداخلية للشرايين.

(حسن فكري منصور، 2004 ص86)



الشكل رقم (2): توضح إنسداد للشريان المغذي لعضلة القلب. (حسن فكري منصور، 2004، ص86)

5-4 اضطرابات الجهاز التنفسي:

إن حركة الصدر و البطن تصبح صعبة في حالة زيادة الوزن و السمنة و تحتاج عضلات الصدر إلى قوة أكبر للتحرك أثناء عملية التنفس، و لذلك فإن الأشخاص المصابون بالسمنة يشعرون بصعوبة في التنفس و يتعبون بسرعة و يخلدون إلى الراحة المتكررة، و يعتبر توقف التنفس لفترات قصيرة و متكررة أثناء النوم من أهم مشاكل الجهاز التنفسي المصاحبة للسمنة، و لذلك فإن لشخص الذي يحدث له ذلك يعاني من النعاس خلال النهار التالي مع صعوبة في التركيز، أما أسباب توقف التنفس أثناء النوم فيرجع إلى زيادة ترسب الدهون حول العنق و الرقبة و في الأنسجة المحيطة لمجرى التنفس عند الأشخاص المصابين بالسمنة، و يعمل ذلك على الضغط بشكل كبير مباشر على مجرى التنفس و يضيق المجرى من جراء ذلك. كذلك فإن ترسب الدهون يتعارض مع عمل عضلات الصدر خلال التنفس (الشهيق و الزفير) و الذي يحافظ على حيوية الجزء العلوي لمجرى التنفس.

و تزداد كذلك قابلية الأشخاص الذين يعانون من السمنة للإصابة بالربو أكثر من غيرهم من الناس أصحاب الأوزان الطبيعية و حجم الرقبة يقل عادة مع تخفيض الوزن و تتحسن بذلك حالة توقف التنفس المفاجئ أثناء النوم. كذلك يعمل تخفيض الوزن على تقليل انضغاط مجرى التنفس مما ينعكس بشكل ايجابي على علاج المريض. (بطرس حافظ، 2008، ص86)

5-5 أمراض العظام و المفاصل:

تشير الدراسات إلى ارتفاع نسبة المصابين بالتهاب المفاصل عند الأشخاص الذين يعانون من زيادة في الوزن و السمنة، و أكثر المفاصل تعرضا لذلك هي الركبة و الفخذ و أسفل الظهر و يحدث ذلك كنتيجة مباشرة للتلف الذي يحدث في المفاصل من جراء الوزن الزائد مما يجعل الحركة صعبة. و هذا بدوره يؤدي إلى ضعف

في العضلات ثم ضمودها بالإضافة إلى نقص السائل الموجود داخل المفاصل (الذي يسهل حركة المفصل) مما يسبب التهابا. (شعبان بروال، 2006)

إن تخفيض الوزن يخفف العبء عن المفاصل، الكاحل و الركبة و أسفل الظهر و هي المفاصل التي تقع على عاتقها تحمل وزن الجسم بكامله، كذلك فإن تخفيض الوزن يعمل على تحسن في الأعراض المصاحبة لالتهاب المفاصل إن وجدت. و أظهرت الدراسات بأن تخفيض مؤشر كتلة الجسم بمقدار اثنان (2) يقابله إنخفاض في احتمالات حدوث التهاب المفاصل بمقدار 50% و هو تحسن كبير جدا. (نفس المرجع السابق)

5-6 اضطرابات الكبد:

دخول و ترسب المواد الدهنية إلى الكبد و هذا الترسب في حال استمراره يؤدي إلى إتلاف خلايا الكبد مؤديا للحالة المسماة بالركون المميت للأنسجة (Steatonecrose)، و في حالة السمنة المفرطة فإن هذا التلف ممكن أن يبلغ حد متشنج الكبد و خاصة في حالة توافر العوامل الأخرى مثل الإدمان على الكحول و أيضا السمنة تؤدي إلى كسر افرازات الحويصلة المررية و تكون الحصى فيها نتيجة تراكم الدهون

(بطرس حافظ، 2008، ص87)

5-7 أمراض السرطان:

يحدث السرطان عندما تنمو الخلايا بشكل غير طبيعي مع فقدان السيطرة عليها للتوقف عند حد معين. و قد يحدث ذلك في أي نوع من الخلايا في الجسم كخلايا القولون مثلا. ثم امكانية انتشار هذه الخلايا السرطانية إلى أماكن أخرى في الجسم كأن تصل إلى الكبد مثلا و تبدأ في النمو هناك بشكل سرطاني أيضا. (زياد درويش و عدنان الحمودي، 2008، ص55).

إن السمنة تزيد من مخاطر الإصابة بأنواع عديدة من السرطان كسرطان القولون و المستقيم، و سرطان البلعوم و الكبد و المرارة و البنكرياس و الكلى و الرحم و سرطان الثدي بعد سن اليأس و أنواع أخرى من السرطان.

و في دراسة أجريت على 900.000 شخص من البالغين منهم 405.000 من الرجال و كذلك 495.000 من النساء تمت متابعة حالتهم لمدة 16 سنة (من 1982 إلى 1998) و أظهرت النتائج بوجود ارتفاع في احتمالات مخاطر الوفاة و ارتفاع نسبة الوفيات نتيجة لأنواع السرطان المذكورة أعلاه كلما زاد مؤشر كتلة الجسم. و كانت الزيادة في مخاطر الوفاة عند الرجال نتيجة لسرطان المعدة بينما كانت عند النساء نتيجة لسرطان الثدي و الرحم و عنق الرحم. كما أن تجنب الزيادة في الوزن و تناول الغذاء الصحي المتوازن بالإضافة إلى ممارسة الرياضة بشكل منتظم كل ذلك يعمل على التقليل من مخاطر الإصابة بالسرطان.

(زياد درويش و عدنان الحمودي، 2008، ص55).

5-8 أمراض الجلد:

هناك تغيرات كثيرة تحدث في الجلد من جراء السمنة منها الخطوط التي تتكون من جراء تمدد و اتساع الترسبات الدهنية تحت الجلد و ما ينتج عن ذلك من ضغط على الجلد. و كذلك قد تصاب النساء بظاهرة نمو الشعر بشكل غير اعتيادي في أماكن كثيرة من الجسم و يحدث ذلك نتيجة للتغيرات الهرمونية التي تصاحب السمنة و التي تزيد من إفراز هرمون (التستوسترون) و هو هرمون الذكورة (وهو يفرز بكميات قليلة عند النساء في الأحوال الطبيعية)، إلا أنه يفرز بكثرة عند النساء المصابات بالسمنة كذلك يزداد إفراز العرق بكثرة في حالة السمنة مما يؤدي إلى حدوث التهابات جلدية و تكرار حدوث الدمامل و الالتهابات البكتيرية و إصابة الجلد بالفطريات و خاصة في منطقة تحت الإبط و منطقة بين الفخذين و تحت الثديين عند النساء حسب درجة السمنة و حالة الجلد. (نفس المرجع السابق).

5-9 أخطار تناسلية:

تتمثل في صعوبة الإنجاب و احتمال حدوث تشوهات على الجنين و اضطرابات في الدورة الشهرية أما بالنسبة للرجال فتؤدي السمنة إلى الضعف الجنسي و صعوبة التحكم في البول.

(شيلي تايلور، 2008، ص161-162)

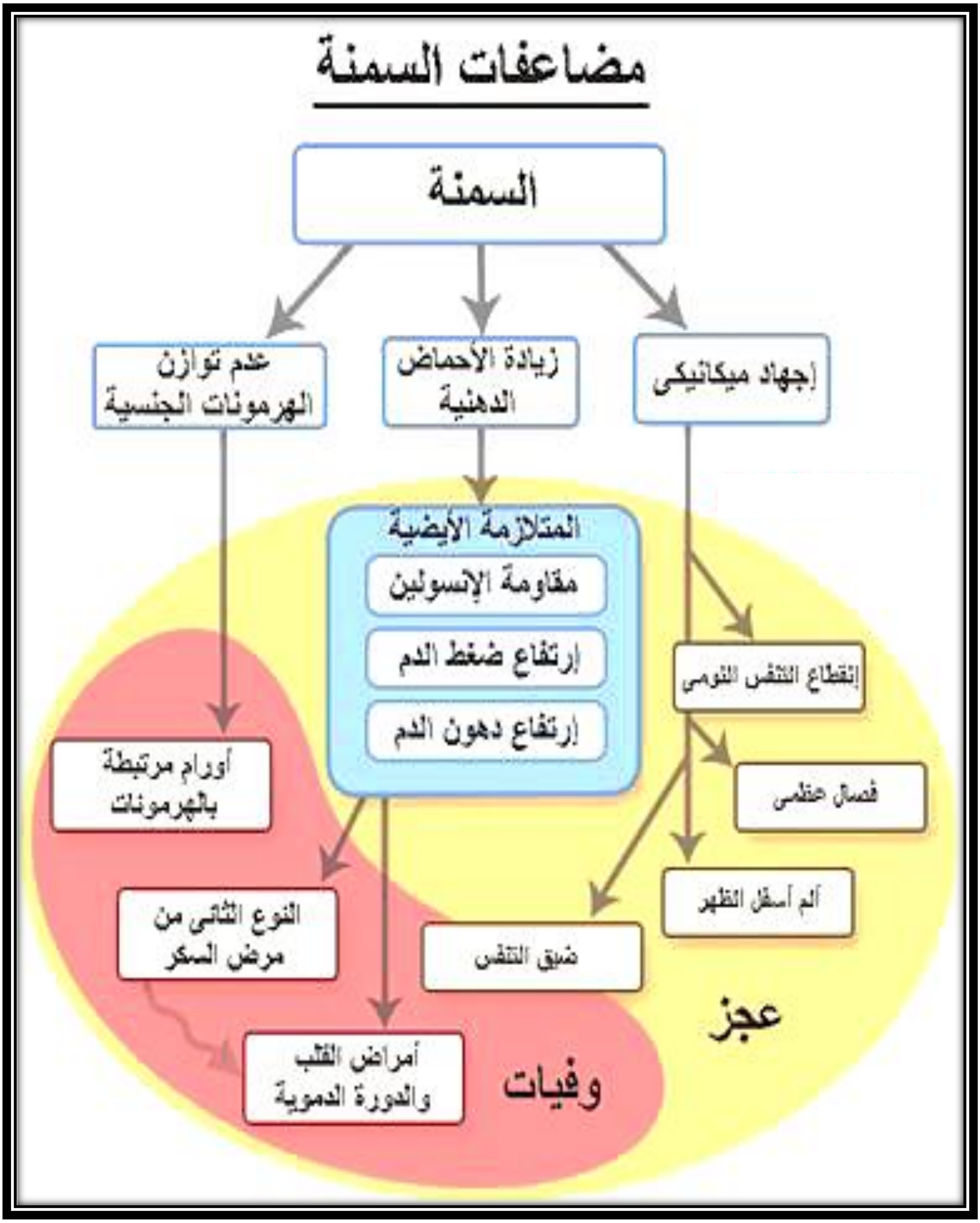
5-10 المشاكل النفسية و الإجتماعية للسمنة:

تعتبر ضعف الروح المعنوية من أهم المشاكل النفسية المصاحبة للسمنة أو الناتجة عنها و هذا بدوره قد يؤدي إلى الاكتئاب إذا زادت حدته أكثر و أكثر و هكذا يجد الشخص نفسه يدور في حلقة مفرغة مما يزيد من صعوبة العلاج مع مرور الوقت.

كذلك العوامل الإجتماعية تأثيرا كبيرا على مجريات السمنة، حيث يتعرض المصابون بالسمنة في حياتنا المعاصرة إلى الضغوط النفسية و انخفاض مستوى تقدير الذات لديهم و الرفض من قبل المجتمع و يزداد الأمر سوءا في حالة المرأة، مما ينعكس على سلوك الفرد المصاب بالسمنة حيث يميل إلى العزلة و الوحدة بعيدا عن الناس و هروبا من هذه المواقف، و منهم من يلجأ إلى الأكل كنوع من التعويض المعنوي مما يزيد المشكلة سوءا. (نفس المرجع السابق)

و عندما يصل الفرد إلى مرحلة الرشد و هي مرحلة هدوء نسبي يتوافق الفرد مع صورة جسده، و يقتنع بها من حيث الطول و ملامح الوجه، و لكن توجد درجة من عدم الرضا عن الذات الجسمية فيما يخص الوزن خاصة عند الإناث. (كفافي و النيال، 1995).

و هذا ملخص لأهم مضاعفات السمنة في المخطط البسيط التالي:



شكل رقم (3): يوضح مضاعفات السمنة. (فكري منصور، 2004، ص88)

6- إنتشار السمنة:

6-1 في العالم:

إن السمنة التي اعتبرت سابقا مشكلة البلدان ذات الدخل المرتفع أصبحت اليوم تتزايد معدلاتها في جميع أرجاء العالم، مؤثرة على الدول المتقدمة و النامية على السواء.

فتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية (WHO) لعام 2005 أنه يوجد ما يقارب 1،6 مليار بالغ (أكثر من 15 سنة) يعانون من فرط الوزن، و ما لا يقل عن 400 مليون بالغ يعانون من السمنة، بالإضافة إلى معاناة 42 مليون طفل دون سن الخامسة (05) من فرط الوزن و المحتمل أن يتحولوا إلى أشخاص سمان عند الكبر.

6-2 في الوطن العربي:

نقلا عن منظمة الصحة العالمية فإن المملكة العربية السعودية تحتل المرتبة الأولى في ارتفاع معدلات السمنة حيث بلغ المصابون بها نحو 35،6%، و يكلف البدناء المملكة أكثر من 500 مليون ريال سنويا بسبب ترددهم على المستشفيات لعلاج أمراض سببها المباشر هو السمنة.

أما المرتبة الثانية فتحتلها دولة الإمارات بنسبة 33%، تليها البحرين في المرتبة الثالثة بنسبة 28،9%، أما المرتبة الرابعة فتحتلها الكويت بنسبة 28،8% و تأتي نساء مصر و عمان بمعدلات مرتفعة كذلك، أما سيدات لبنان فهن الأفضل من حيث الرشاقة بتدني نسبة البدينات لديهن. (منظمة الصحة العالمية، 2005).

3-6 في الجزائر:

على الرغم من قلة الدراسات و البحوث في هذا المجال إلا أن دراسة إحصائية شملت 7465 طفل من مختلف ولايات الوطن، كشفت ما يفوق 30% يعانون من أخطار السمنة.

و كانت نسبة الإصابة من سن (6) إلى (7) سنوات 37%، و من 11 إلى 12 سنة 29%، أما من 14 إلى 16 سنة فكانت نسبة الإصابة بالسمنة تقدر بـ 33%.

كما أشارت دراسة أخرى تمت على عينة شملت 1100 شخص تمت معاينتهم بمصالح الطب العام بمستشفيات ولاية الجزائر العاصمة، سطيف و وهران خلال سنة 2006، أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالسمنة من الرجال، و أثبتت الدراسة التي أشرف عليها فريق الطب الداخلي بمستشفى بئر طرارية بالجزائر العاصمة بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء أن معدل السمنة يقدر بامرأتين مقابل رجل واحد. (مجلة الحوار، 2008، ص12)

7- تأثير فرط الوزن و السمنة على صورة الجسم و تقدير الذات لدى السيدات:

على الرغم من أن صورة الجسد هي بنية معقدة و التي تضم الطريقة التي نرى بها أنفسنا، و طريقة تفكيرنا و شعورنا بأجسادنا، إلا أنه في المجتمع المعاصر أصبح المحور الرئيسي لصورة الجسم هو في وزنه. و هذا ليس مستغربا عندما نعلم أن النظرة المثالية للجمال الحالي للمرأة تؤكد على النحافة، و "النحافة تساوي الجاذبية".

إن الصورة السلبية لصورة الجسم تؤثر سلبا على مستوى احترام الذات، حتى النساء اللواتي تبدون واثقات جدا من أنفسهن يعترفن بوجود انخفاض احترام الذات و غالبا ما يجعلهن غير سعيدات، و غير قادرات على القيام ببعض الأشياء التي تردن القيام بها، و يجري هذا النوع عند النساء اللواتي يردن تحقيق ذواتهن، وفي دراسة "عيسى عبود دونا" سنة (2011) وجد 67% من النساء ذوات الوزن الطبيعي كان تقدير الذات لديهن عال مقارنة مع 18% من النساء البدينات، كذلك 96% من ذوات الوزن الطبيعي كان لديهن نظرة عالية لصورة أجسامهن مقارنة مع 2% من النساء البدينات، و استنتج من ذلك أن السيدات البدينات يعانين من نقص تقديرهن للذات مقارنة مع السيدات غير البدينات إضافة إلى أنهن لديهن صورة سلبية اتجاه أجسادهن (عيسى عبود دونا، 2011، ص60)

كما أظهرت دراسة أمريكية سنة (2010) أن النساء البدينات لديهن تقدير ضئيل لذواتهن مقارنة مع النساء الغير بدينات إذ أن السيدة البدينة لا تتمتع بكفاءة بدنية عالية كما هي في الشخص الطبيعي فهي تحدث قصورا في الوظائف التنفسية كما أنهن تعانين من مشاكل مرضية أخرى كارتفاع الضغط و الحوادث الوعائية الدماغية و الداء السكري و مشاكل الدورة الطمثية مما ينعكس سلبا على إحساس السيدة بحالة عامة جيدة أو صحية.

(WHO, Body Image Nutrition and Fitness, 2010, p74)

و هذا ما ينسجم مع الدراسة المقدمة من "Neffk" إذ بينت هذه الدراسة أن السيدات القادرات على التركيز على نقاط القوة لديهن و القادرات على التحكم بشهيتهن و تجنب زيادة الوزن يملكن احساسا بالقوة البدنية العقلية و النفسية مقارنة مع السيدات البدينات اللواتي يعانين من الاكتئاب و الأمراض و الوحدة و الغضب. (Neff, K, 2008, p875).

8- علاج السمنة:

ترتبط السمنة بعدة أمراض خطيرة أشرنا إليها سابقا مرفقة بمعاناة نفسية ناتجة عن نظرة الغير المستهزئة بمشاعر الشخص السمين، لذلك العلاج هو الطريق الوحيد للخروج من الأسى.

و لا يتم العلاج إلا بعد اجراء فحوصات طبية لتحديد سمك النسيج الدهني و درجة السمنة و الكشف عن الأسباب البيولوجية للسمنة ثم التطرق إلى تحديد الطريقة المناسبة لتخفيض الوزن من الطرق التالية:

8-1 الحمية الغذائية:

يتم علاج السمنة باتباع برنامج حمية يعد من الناحية التاريخية من أكثر الطرق شيوعا و أنجعها في تخفيض الوزن، و ذلك بتقليل عدد السعرات الحرارية المتناولة حسب احتياج الجسم لها، و على قاعدة طبية تنصح بأن يتم إنقاص الوزن بمقدار 1 كغ أسبوعيا.

و ذلك بتدريب الأشخاص للحد من كمية السعرات أو الكربوهيدرات المستهلكة، من خلال تعريفهم بكمية السعرات الحرارية و الخصائص الغذائية للأطعمة. (شيلي تايلور، 2008).

يتم تزويد الأفراد الذين يخضعون لنظام الحمية بالخطة التي يجب اتباعها في التغذية و التقيد بها. كما يجب مراعاة الحالات المرضية خاصة كمرضى السكري، ارتفاع الضغط الدموي، ارتفاع نسبة الكولسترول

و أمراض القلب والاختناق أثناء النوم، فإنهم يحتاجون إلى أنظمة غذائية خاصة تحت إشراف أطباء متخصصين في علاج هذه الحالات (شيلي تايلور، 2008).

2-8 التمارين الرياضية:

إن وصفة التمارين الرياضية يجب أن تتم بواسطة الأطباء المختصين بحيث يتم العمل وفق الخطوتين التاليتين:

أولا: تقييم الحالة الصحية للشخص و مدى تحمله للتمارين الرياضية، فالذين لديهم أمراض القلب و الشرايين أو ضيق التنفس أو تآكل بالمفاصل و غير ذلك من الأمراض التي تعيق المريض أو تسبب له مضاعفات يستثنون من التمارين ذات الجهد المعتدل أو القوي، فتوصف لهم تمارين ذات جهد بسيط مع التركيز على الإلتزام الغذائي.

ثانيا: تقييم جاهزية الشخص و تقبله للتمارين الرياضية و مدى الإلتزام بذلك، حيث أن بعض الأشخاص لا يستطيعون الالتزام بالتمارين الرياضية لعدة أسباب منها الوضع الاجتماعي و البيئي، العوائق الصحية و البدنية و غير ذلك من الأسباب و بعد التأكد من جاهزية الشخص للتمارين الرياضية يتم العمل وفق المراحل التالية:

المرحلة الأولى: تمارين معتدلة مثل المشي، السباحة، ركوب الخيل لمدة 30 دقيقة خلال 5 أيام، و تهدف هذه المرحلة إلى المحافظة على صحة و حيوية الجسم للإنتقال إلى المرحلة التالية.

المرحلة الثانية: عن طريق التمارين المعتدلة لمدة 40-60 دقيقة يوميا خلال 05 أيام و لكي تعطي هذه المرحلة أفضل النتائج يجب أن تصاحب و تتبع بنظام غذائي منضبط و تستمر هذه المرحلة حتى الوصول إلى الوزن المطلوب. (فيصل خير الزراد، 2000، ص233).

المرحلة الثالثة: تتم عن طريق مواصلة التمارين الرياضية مع النظام الغذائي المنظم باستمرار و مداومة دون توقف لتفادي الإنتكاس. (فيصل خير الزراد، 2000، ص233).

8-3 علاج السمنة بالأدوية:

إن الأدوية التي يتم تناولها بناء على وصفة طبية أو دونها تستخدم لتقليل الشهية و الحد من استهلاك المواد الغذائية و توجد على شكل أدوية مثبطة للشهية و أدوية التوليد الحراري التي تعمل على حرق جزء من الغذاء و تحويله إلى حرارة دون استفادة الجسم منه. (نفس المرجع السابق).

8-4 الجراحة:

إن العلاج الجراحي للسمنة قد يكون الطريقة الوحيدة للتخلص من الوزن الزائد حتى المدى الطويل للمرضى مفرطي السمنة و لمنع الأمراض المرتبطة بها.

فقد كشفت دراسة حديثة أنها يتم اللجوء إلى الجراحة بعد فشل الحمية و الرياضة، فتصبح الحل الوحيد الذي يقبل عليه البدين بأمل الشفاء من الأمراض المصاحبة للسمنة التي سبق التحدث عنها.

كما أن جراحة السمنة لا تجري لأحد إلا إذا تحققت لديه النقاط التالية:

- مؤشر كتلة الجسم 40 فما فوق، مصحوب بأمراض السمنة (السكري، ارتفاع ضغط الدم، التهاب المفاصل).

- السن من 18- إلى 50 سنة

- زيادة الوزن المستمرة و الثابتة لمدة 5 سنوات أو أكثر.

- فشل علاج الحمية و العلاجات المخفضة للوزن أكثر من سنة. (شعبان بروال، 2006)

- عدم وجود أمراض بالغدد.

- قابلية المريض و استعداده للمتابعة بعد العملية.

- عدم إدمان الأدوية أو الكحول.

- عدم وجود مرض نفسي خطير. (شعبان بروال، 2006)

أنواع الجراحة:

هناك عدة أنواع لهذه الجراحة نذكر:

8-4-1 تدبيس المعدة (Agrafage de l'estomac)

و تتم باستخدام الدبابيس الجراحية في مدخل المعدة للتحكم في كمية الطعام الممكن تناوله و ذلك دون إحداث تغيير في طبيعة الجهاز الهضمي و دون أعراض جانبية:

تعطي هذه الجراحة للمريض الإحساس بالشبع بعد تناول كمية بسيطة جدا من الطعام، و إذا زادت كمية الأكل عن المفروض يشعر الإنسان بالغثيان و من إيجابيات هذه العملية:

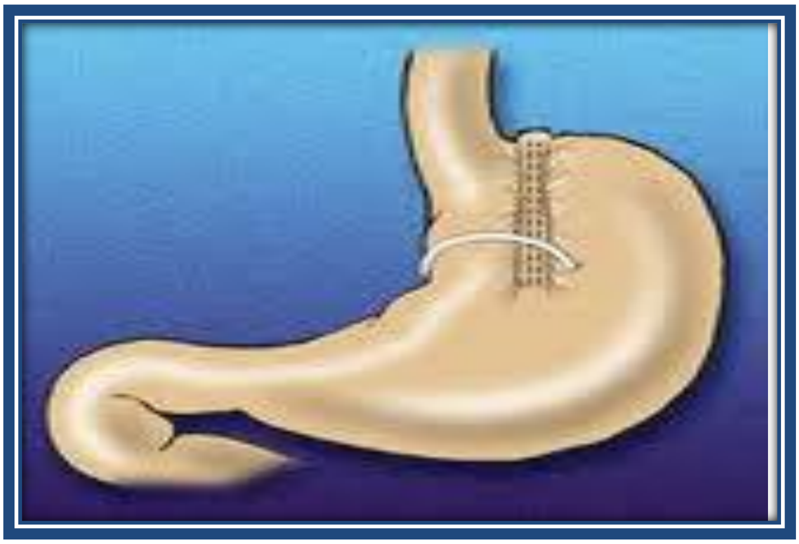
- جراحة سهلة.

- عدم استئصال أي جزء من المعدة أو الأمعاء.

- لا تغير العملية من مسار الطعام الذي يتناوله المريض.

- يمكن إجراء التدبيس عن طريق الجراحة المفتوحة أو عن طريق منظار تجويف البطن. (نفس المرجع السابق)

غير أن سلبيات هذه الجراحة هي في السوائل عالية السعرات و السكريات، حيث أنها يمكن أن تمر بسهولة من خلال المعدة و بالتالي هذه الجراحة لا تناسب محبي المشروبات الغازية و العصائر. (شعبان بروال، 2006)

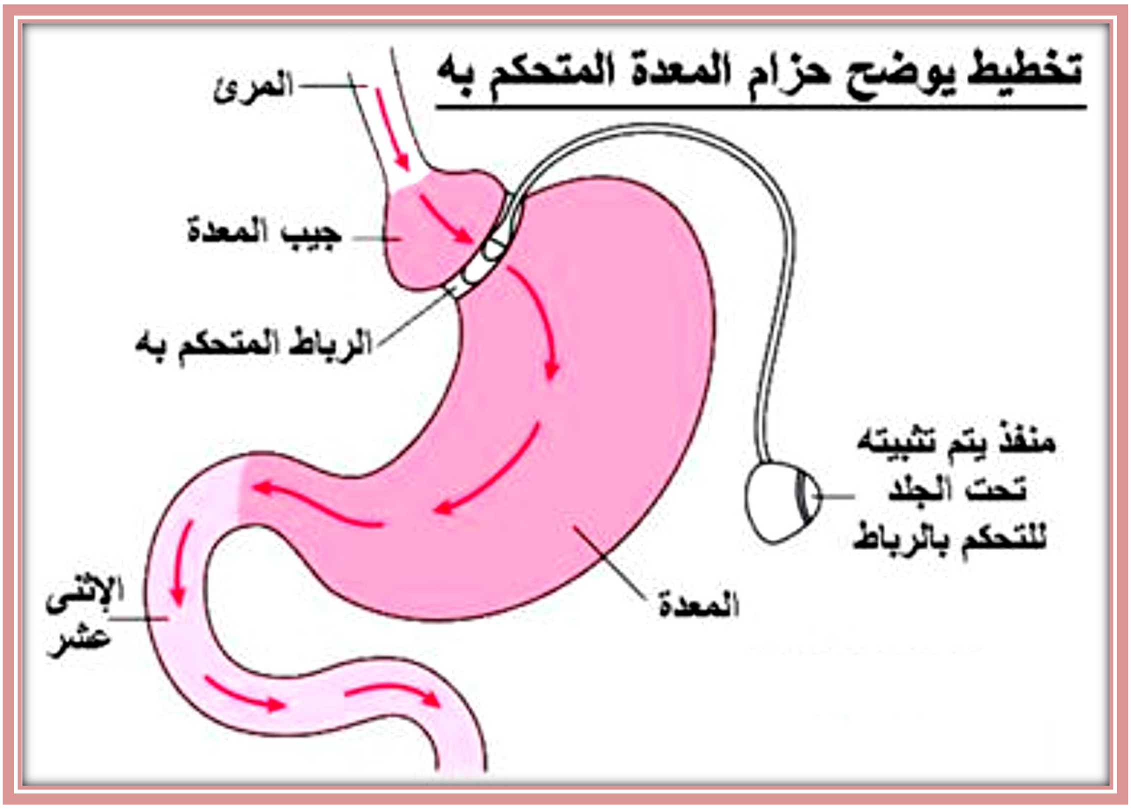


الشكل رقم (4): توضح عملية تدبيس المعدة. (فكري منصور، 2004، ص89)

8-4-2 حزام المعدة: (Ceinture de l'estomac)

يتم في هذه العملية وضع حزام المعدة السويدي القابل للتعديل حول القسم العلوي من المعدة، بحيث تشبه المعدة الساعة الرملية في شكلها حيث يبقى ممرا صغيرا يسمح بمرور الطعام من خلاله، و أثناء تناول الطعام يأكل الشخص كمية قليلة من الطعام لأن حجم المعدة قد بات صغيرا، و يمر الطعام ببطئ في القسم العلوي من المعدة إلى القسم السفلي منها، و لدى امتلاء القسم العلوي من المعدة إلى القسم السفلي منها، و لدى امتلاء القسم العلوي من المعدة بالطعام تصدر تنبيهات من المستقبلات الموجودة في القسم العلوي من المعدة إلى الدماغ فيشعر الشخص بالشبع الذي يستمر لوقت طويل رغم أنه تناول القليل من الطعام.(نفس المرجع السابق).

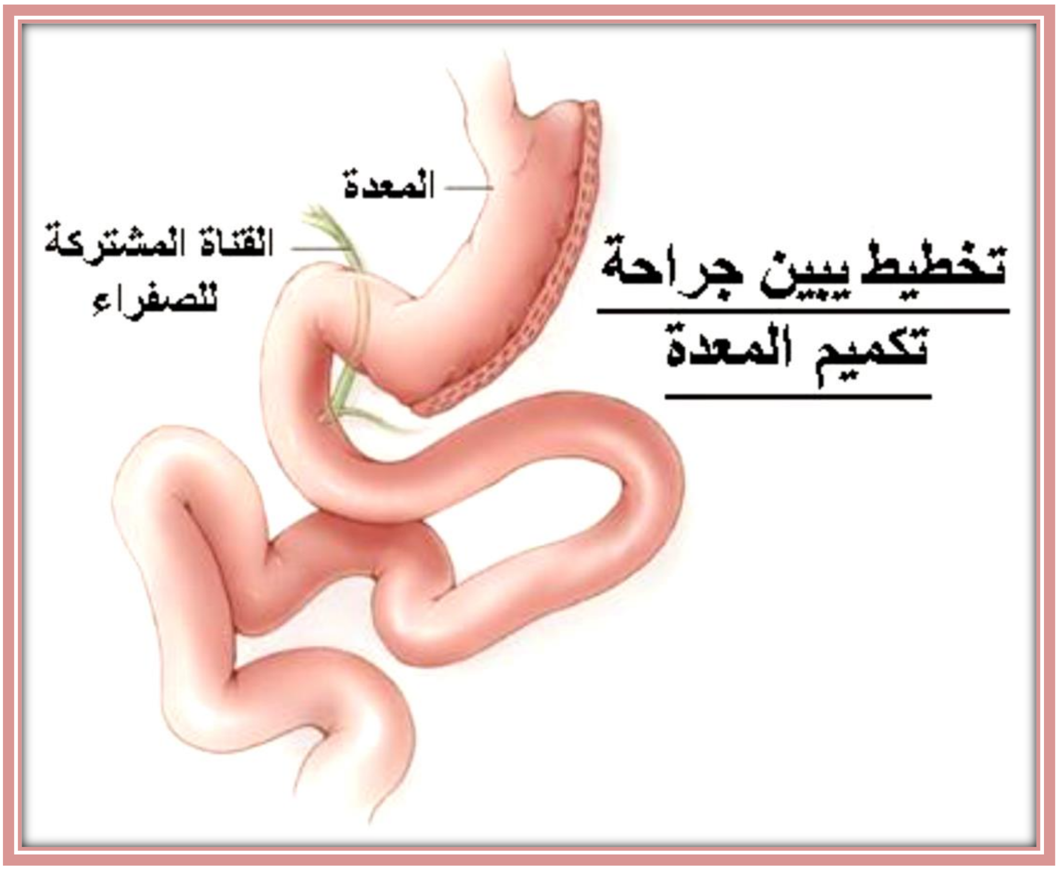
وهذه العملية لا تتغير المعدة من الناحية التشريحية، بل يتغير شكلها القابل للعودة إلى الشكل الطبيعي لها فحزام المعدة عملية قابلة للتعديل، و لهذا لا يحدث أي تغيير في عملية الهضم أو الإمتصاص أما الحزام فهو حلقة متصلة بأنبوبة متصلة بجهاز معدني يوضع تحت العضلة، و يمكن لهذا الجهاز بإبرة عن طريق الجلد تضيق و توسيع الحزام. و هذه الجراحة أيضا تتم إجراؤها بالمنظار من خلال فتحات صغيرة جدا بالبطن مماثلة لفتحات استئصال المرارة، و يبقى المريض في المستشفى لمدة 24 ساعة. (شعبان بروال، 2006)



الشكل رقم (5): توضح عملية حزام المعدة. (فكري منصور، 2004، ص89)

8-4-3 تكميم المعدة:(Quantification de l’estomac)

و هذه العملية حديثة نسبيا تناسب السمنة المفرطة و المتوسطة مع و جود الأمراض المصاحبة للسمنة مثل السكري و ارتفاع ضغط الدم حيث يتم في عملية التكميم استئصال 70 إلى 80% من حجم المعدة، ثم تدبيسها على شكل طولي لتشبه بعد ذلك الكم. تتطلب هذه العملية الإعتماد على السوائل فقط للتغذية لمدة أسبوعين بعد العملية، و يلي ذلك مرحلة الأكل المهروس لمدة أربعة أسابيع بعدها يتدرج المريض في مرحلة الأكل الطبيعي و لكن بكميات قليلة لأن العملية تعطي الإحساس بالشبع، و يصل معدل نزول الوزن من 30 إلى 50% من الوزن الزائد في السنة، و قد يصل إلى معظم الوزن الزائد إذا تم التزام المريض بنظام غذائي و برنامج رياضي. (شعبان بروال، 2006).



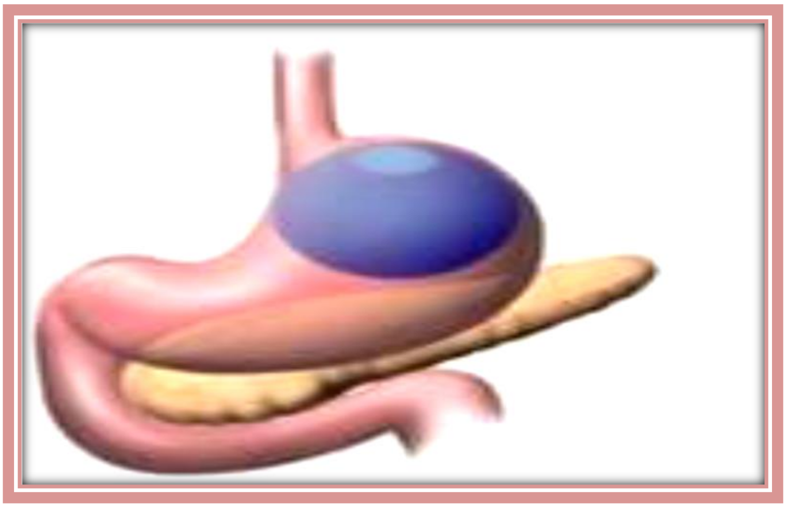
الشكل (6): توضح عملية تكميم المعدة. (فكري منصور، 2004، ص90)

8-4-4 بالون المعدة (Ballon Gastrique)

بالون المعدة مصنوع من مادة السيلكون المطاطية الرقيقة الناعمة القابل للتمديد، يتم ادخال هذا البالون إلى المعدة عن طريق الفم بعد إجراء فحص مبدئي باستخدام المنظار، و إذا لم تظهر أي أمور غير طبيعية يقوم الطبيب بإدخال البالون عبر الفم مرورا بالمريء حتى يصل إلى المعدة، و إدخاله يتم بينما هو فارغ بأصغر حجم ممكن، و بمجرد إدخال البالون إلى المعدة يتم ملؤه على الفور بمحلول الملح المعقم من خلال أنبوب (قسطرة) يتم ربطه بالبالون، و عند الانتهاء يزيل الطبيب القسطرة بسحبها من الطرف الخارجي، و يحتوي البالون على صمام غلق ذاتي.

و تستغرق عملية وضع البالون في المعدة من 20 إلى 30 د، و يمكن استخدامه لمدة 6 أشهر و لا ينصح باستخدامه لفترات أطول من ذلك، و أثناء استخدامه قد يصف الطبيب علاجا للمريض يتم تناوله عن طريق الفم للحد من امكانية التهاب المعدة أو تلف البالون.

هذا البالون يؤدي إلى الشعور بالشبع، و هذا يقلل من إقبال المصاب بالسمنة على الطعام دون معاناة من أحاسيس الجوع. (حسن فكري منصور، 2004، ص93)



شكل رقم (7): توضح عملية بالون المعدة. (فكري منصور، 2004، ص92)

8-4-5 شفط الدهون :

يرى الدكتور "جوزيف موسى" أخصائي الجراحة، و هو مختص بعمليات شفط الدهون و التخسيس أن الأشخاص الذين يفشلون في فقدان الوزن الزائد يلجؤون إلى عمليات شفط الدهون و نحت الجسم و هي تدخل في إطار عمليات التجميل.

و ذكر الدكتور "جوزيف" أن أكثر الزبائن نساء بنسبة 99%، و هذا يدل على أن المرأة تهتم أكثر من الرجال بمظهرها، و يضيف أن العملية دقيقة جدا. إذ يجب شفط الدهون أكثر من 10% من وزن الشخص و إذا كان المريض بحاجة إلى إزالة أكثر من ذلك فإنه يحتاج إلى عمليتين بحيث يكون هناك فترة (06) أشهر تفصل بينهما، أما الفئة العمرية التي تقبل على هذه العملية هي من عمر 25 سنة إلى 45 سنة.

و الأساليب المستخدمة في عمليات شفط الدهون فيقول الدكتور "طارق محمد رائف" مدرس جراحة التجميل بكلية الطب جامعة أسيوط أن الأساليب الحديثة تستخدم التردد فوق الصوتي (Ultra–Snic) داخل أنبوب الشفط يقوم بتكسير خلايا الدهون و المساعدة في شفطها. (حسن فكري منصور، 2004، ص94).

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق أن السمنة مرض خطير يؤثر سلبا على الجسد و النفس لذلك لابد من محاربته و ذلك من خلال مراعاة كميات الطعام التي يتناولها الفرد مع ممارسة الرياضة بشكل دوري و منتظم (خصوصا المشي).

بعدما تطرقنا في هذا الفصل إلى السمنة سوف نقوم في الفصل المقبل بتحديد كل من المنهج المتبع و الأدوات المستعملة و خصائص مجموعة البحث.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الفصل المنهجي

الفصل المنهجي

تمهيد

1. الدراسة الإستطلاعية
2. منهج البحث
3. حدود البحث
4. مجموعة البحث و خصائصها
5. أدوات الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق في الجانب النظري إلى تحديد الإشكالية و فرضية البحث و أهدافه و استعراض أهم المفاهيم الأساسية للموضوع، ثم أهم الجوانب التي لها علاقة بموضوع البحث، ألا و هو تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة.

سنتطرق إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر كمحاولة لاختيار الفرضية و ذلك بالإعتماد على الطريقة التطبيقية في الميدان و التي تهدف إلى التأثر من مدى ارتباطها و تكاملها من الجانب النظري.

و يحتوي هذا الفصل على المنهجية المتبعة من خلال اختيار العينة و وسائل القياس المستعملة في هذا البحث.

1- الدراسة الإستطلاعية:

يعتبر الهدف من الدراسة الإستطلاعية التحقق من وجود مجموعة البحث، و التأكد من إمكانية العمل معها في جو يسمح لنا باستعمال وسائل الدراسة من دون صعوبات أو عراقيل، فبعد تحديد و ضبط موضوع الدراسة توجهنا إلى الميدان بغرض البحث عن مجموعة الدراسة و المتمثلة في فئة النساء المصابات بالسمنة (ما بين 34 إلى 50 سنة) على مستوى دائرة امشداله، و عرضنا على مجموعة من النساء المصابات بالسمنة المفرطة غير متزوجات موضوع الدراسة و أهدافها فتم رفضنا من طرفهن، و مع تمسكنا أكثر بموضوع البحث تحصلنا في الأخير على موافقة خمسة نساء متزوجات مصابات بالسمنة المفرطة بأن يكن ضمن مجموعة الدراسة و كذا تحديد أدوات جمع البيانات المتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة و بناء المحاور التي تقوم عليها و تعديل أسئلة المقابلة من حين لآخر لتتناسب مع المبحوثات و عدم الشعور بالإحراج للباحث، إضافة إلى مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" من أجل معرفة مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة المفرطة.

2- منهج البحث:

في كل بحث علمي يعرض على الباحث اختيار منهج يتبعه في بحثه، حيث يكون متناسب مع طبيعة البحث و كلمة منهج هو ترجمة لكلمة Méthode بالفرنسية أو Method بالإنكليزية، و يعني الطريقة أو الأسلوب أو الكيفية التي يصل بها الباحث إلى نتائجه أو إلى غاية معينة، و هو أيضا البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى الحقيقة. (عبد الرحمان العيسوي، دون سنة، ص35)

كما يعرف أيضا أنه طريقة موضوعية يتبعها الباحث في دراسته أو تتبع ظاهرة من الظواهر بقصد تشخيصها أو وصفها وصفا دقيقا و تحديد أبعادها بشكل تام يجعل من السهل التعرف عليها و تمييزها. (أ.طايبي، 2010، ص172).

إختيار منهج البحث:

و يذكر "جون كلود" أن اختيار المنهج يكون مقيدا باستراتيجية البحث. (عن العياشي، 2008، ص23)

و تناسبا مع الموضوع المدروس إعتمدنا في هذا البحث على المنهج العيادي الذي يوفر لنا فهما عن تقدير الذات عند المصابات بالسمنة، حيث يقوم هذا المنهج بدراسة متغيرات البحث كما هي عند أفراد العينة دون أن يتدخل الباحث في ضبطها.

تعريف المنهج العيادي:

حسب "ح. المليحي" المنهج العيادي هو الذي يستعمل لدراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها وقد تدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة و استخلاص سمات شخصية خاصة، و الهدف منه فهم شخصية الفرد و تقديم المساعدة إليه (ح. المليحي، 2001، ص30).

كما يعرفه " بيرون" "R.Perron" (1964) بأنه المنهج الذي يسمح بمعرفة السير النفسي و السلوك بهدف التوصل إلى بيانات واضحة للظواهر النفسية التي تعتبر المرض مصدر لها. (R.Perron , 1964, P:83)

و مما سبق نستنتج أن المنهج العيادي هو الذي يستخدم لدراسة حالة فردية بهدف الحصول على أكبر قدر من المعطيات عن تلك الحالات و التعرف قدر الإمكان على ظروف حياتهم، و هذا ما كان يحتاجه موضوعنا.

3-حدود الدراسة:

3-1 الإطار المكاني:

بعدما تم اختيار و تحديد موضوع البحث توجهنا في الأول نحو مستشفى "قاسي يحيى" بامشداله للتعرف على معالم البحث، و بعد الحصول على الإذن من رئيس الإدارة قمنا بمحاورة الأخصائية النفسانية من أجل مساعدتنا بتوجيهاتها في إنجاز هذا البحث، لكن الحالات المتواجدة هناك رفضن طلبنا مما جعل الإقتراب منهن مستحيلا، هذا ما أدى بنا إلى التقرب من حالات أخرى متواجدات في قاعة الرياضة للنساء الخاصة بالتنحيف المتواجدة برافور.

3-2 الإطار الزماني:

دامت هذه الدراسة ما يقارب الشهر و نصف (من 25 مارس إلى 10 ماي)، و تمت عدة لقاءات مع المبحوثات من أجل إقناعهن بالتعاون معنا، لكن معظم ما تم التقرب منهن تحججن بأسباب خاصة لتبرير رفضهن و هذا ما أدى بنا إلى التمسك أكثر بالموضوع.

4- مجموعة البحث:

تعرف مجموعة البحث حسب "أنجرز" "Angers" (1997) على أنها مجموعة يتم اختيارها حسب طبيعة البحث العلمي في العلوم الإنسانية، بحيث إذا لم نستطع دراسة المجموع الكلي للأفراد، نقوم باختيار جزء منهم فقط للتأكد من الجزء المختار على أنه يمثل المجموعة، و هذا الجزء من الأفراد هو مجموعة البحث. (Angers, 1997, P :11).

أو المقصود بمجموعة البحث اختيار عدد من مفردات المجتمع الأصلي تمثله كما و نوعا في الخصائص ذات العلاقة بموضوع البحث. (ع ميحريق، 2008، ص156).

4-1 خصائص مجموعة البحث:

تتمثل مجموعة هذا البحث من خمسة (05) حالات كان إختيارها قصدي من المجتمع الأصلي الذي يمثل النساء المصابات بمرض السمنة المفرطة، و قد حددت الفئة العمرية بـ (34 سنة) فما فوق و ذلك من أجل تفادي تعقيدات مرحلة المراهقة على الجسم، أما مدة الإصابة فتزيد عن عشرة (10) سنوات.

الجدول (3): يوضح خصائص أفراد مجموعة البحث.

الحالات	السن	الحالة العائلية	المستوى الدراسي	نوع السمنة	سبب السمنة
الحالة (1)	50	متزوجة	تاسعة أساسي	مفرطة	سمنة مكتسبة
الحالة (2)	39	متزوجة	ثالثة ثانوي	مفرطة	سمنة وراثية
الحالة (3)	38	متزوجة	ثالثة ثانوي	مفرطة	سمنة مكتسبة
الحالة (4)	37	متزوجة	تاسعة أساسي	مفرطة	سمنة مكتسبة
الحالة (5)	34	متزوجة	ثالثة ثانوي	مفرطة	سمنة وراثية

يمثل الجدول رقم (3) خصائص أفراد مجموعة البحث و التي تتكون من خمسة (05) نساء متزوجات مصابات بالسمنة المفرطة و تتراوح أعمارهن ما بين (34-50) سنة و لهن مستوى دراسي تاسعة أساسي، ثالثة ثانوي، و يختلف سبب السمنة من حالة إلى أخرى (الحالة: 1، 3، 4) سمنة مكتسبة، أما الحالتان (2، 5) سمنة وراثية.

5- أدوات البحث:

يسعى كل باحث لجمع المعلومات و البيانات الضرورية لدراسة موضوع بحثه و هذا باعتماده على مجموعة من الوسائل، و التي تتمثل في دراستنا هذه: المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث".

5-1 المقابلة العيادية:

تعتبر من الأدوات الرئيسية لجمع المعلومات و البيانات لدراسة الأفراد و الجماعات الإنسانية، كما أنها تعد من أكثر و سائل جمع المعلومات شيوعا و فعالية للحصول على البيانات الضرورية لأي بحث، و قد عرف "أنجلس" المقابلة بأنها محادثة موجهة يقوم بها الفرد مع آخر أو مع أفراد بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي أو الإستعانة بها في عمليات التوجيه و التشخيص و العلاج.

(عن بوحوش، 2010،ص 75).

و تنقسم المقابلة العيادية إلى ثلاث: المقابلة الموجهة، غير موجهة و نصف موجهة، و في بحثنا هذا إعتمدنا على المقابلة نصف الموجهة لأنها المناسبة لموضوعنا.

المقابلة نصف الموجهة:

و تعني هذه المقابلة التي تحتوي النوعين المغلق و المفتوح، و هي أكثر المقابلات شيوعا في المجال العيادي، حيث تعطي الباحث معلومات وافية عن الإجابة و يرى العالم "لانديز" أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية و الإجتماعية و بدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى البيانات ذات طبيعة دينامية. (عطوف محمد ياسين، 1981، ص400).

و تعتبر المقابلة نصف الموجهة التي تتناسب و الأكثر ملاءمة لطبيعة موضوع دراستنا و هي حسب "محمد بركات" (1975) لقاء بين شخصين تلبية لغرض البحث، بحيث يكون الطلب يتقدم به الفاحص و يكون الإهتمام الكامل بالمريض مع تحديد الأخصائي للموضوع الذي سوف تدور حوله المقابلة، ثم نترك المريض يتناول الموضوع، خاصة أن الهدف من هذه المقابلة يختلف إذ أنه في إطار البحث و ليس في إطار العلاج فيصبح الباحث هو الطالب للمعلومات و هذا عكس ما نراه في الكفالة النفسية أين يكون المفحوص هو الطالب للمساعدة. (محمد بركات، 1975, ص126).

و تضيف "شيلاند" "Chiland" (1983) أن المقابلة العيادية النصف موجهة تطبق وفق دليل المقابلة المحضر مسبقا، يحتوي على مجموعة من المحاور، و تحت كل محور مجموعة من الأسئلة المحددة سابقا يجيب عنها المفحوص بحرية دون الخروج عن الموضوع. (Chiland, 1983, p :57).

و لإجراء هذه المقابلة نصف الموجهة تمت صياغة المحاور الآتية:

البيانات الشخصية: و يحتوي على الإسم، السن، الحالة الإجتماعية، المستوى الدراسي.

المحور الأول: الحالة الصحية: التعرف على تاريخ المرض و أسبابه.

المحور الثاني: الحالة النفسية: مدى تقبل المبحوثة لذاتها و تقدير لها.

المحور الثالث: الحياة الأسرية و الإجتماعية: معرفة مدى اندماج المبحوثة مع محيطها الأسري و الإجتماعي.

المحور الرابع: التطلعات المستقبلية: التعرف على نظرة المبحوثة للمستقبل. (أنظر الملحق رقم 1)

كما تجدر الإشارة إلى أن المقابلة تمت بصورة فردية و بمختلف اللغات و هذا حسب اللغة التي يتكلمها أفراد العينة.

5-2 مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" و طرية تطبيقه:

5-2-1 التعريف بمقياس تقدير الذات "لكوبر سميث":

صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي "كوبر سميث" (1967)، و قام بترجمته إلى الصورة العربية مخبر علم النفس القياسي تحت إشراف "ن.خالد"، و يتميز هذا المقياس بدرجة عالية من الصدق و الثبات و يتكون من خمس و عشرون (25) عبارة، يمكن تطبيقها جماعيا أو فرديا، و نادرا ما يزيد وقت التطبيق على الوقت القانوني، و هو عشر دقائق (10د). (أمزيان زبيدة، 2007، ص93).

و قد استعمل في هذا البحث على الفئة الخاصة بالفترة العمرية (34 – 50) سنة، يجب على الفاحص أن يتجنب استعمال كلمة تقدير الذات أو مفهوم الذات عند تطبيقه للمقياس على المفحوصين.(أنظر الملحق رقم 2)

التعليمة:

في الصفحات الآتية، تجد مجموعة جمل تعبر عن مشاعر، أراء و ردود أفعال، إقرأ كل جملة بتمعن.

إذا ما تبين لك أن جملة تعبر عن طريقتك العادية في التفكير أو السلوك، ضع علامة (x) في خانة العمود الأول المعنون "يشبهني".

أما إذا كانت الجملة لا تعبر عن طريقتك العادية في التفكير أو السلوك، فضع علامة (x) في خانة العمود المعنون " لا يشبهني".

حاول قدر الإمكان الإجابة عن كل الجمل حتى و إن بدت لك بعض الإختيارات صعبة.

علما أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و إنما الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي.

5-2-2 طريقة و كيفية تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث:

يمكن تطبيق هذا المقياس جماعيا أو فرديا في مدة غير محددة، و ربما أنه قد وجد أن الأفراد العاديون يستطيعون الإجابة في الزمن القانوني، و ذلك بعد إلقاء التعليمة مع الإشارة أنه إتفق على الزمن القانوني يتراوح بين (10 – 15 دقيقة)

5-2-3 طريقة تصحيح مقياس تقدير الذات لكوبر سميث:

يتضمن هذا المقياس تسعة (09) عبارات موجبة هي: (1، 4، 5، 8، 9، 11، 14، 19، 20) إذا أجاب عليها المفحوص (ينطبق) نعطي له درجة كل منها، أما إذا أجاب (لا تنطبق) فلا نعطي له درجة.

كما يتضمن ستة عشر (16) عبارة سالبة هي: (2، 3، 6، 7، 10، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 25) إذا أجاب عليها المفحوص (لا تنطبق) نعطي له درجة على كل منها، و إذا أجاب (تنطبق) فلا نعطي له درجة، و أقصى درجة يمكن الحصول عليها في هذا الإختيار هي (25).

(أمزيان زبيدة، 2007، ص93).

لحساب مقدار الذات يجب اتباع العملية التالية:

$$\text{درجة تقدير الذات} = \frac{\text{عدد الدرجات}}{\text{عدد البنود}} \times 100 = \text{س}$$

حيث (س) هو مقدار تقدير الذات للفرد المراد قياسه.

5-2-4 فئات تصنيف مقياس الذات:

حسب "كوبر سميث" تصنيف الحالات حسب مستويات تقدير الذات المختلفة، و يتوقف تصنيف الحالات حسب مستويات تقدير الذات المختلفة على توزيع الدرجات. (أمزيان زبيدة، 2007، ص93).

الجدول رقم (04) يوضح ذلك.

الجدول رقم (04) يوضح تصنيف الحالات حسب مستويات تقدير الذات

مستوى تقدير الذات	الفئات
درجات منخفضة في تقدير الذات	[20-40]
درجات متوسطة في تقدير الذات	[40-60]
درجات مرتفعة في تقدير الذات	[60-80]

يمثل الجدول رقم (04) تصنيف الحالات حسب مستويات تقدير الذات، حيث الفئة [20-40] تعتبر درجة منخفضة في تقدير الذات، و الفئة [40-60] تمثل درجة متوسطة في تقدير الذات، أما الفئة [60-80] تعتبر درجة مرتفعة في تقدير الذات.

5-2-5 الخصائص السيكومترية للمقياس:

ثباته: تشير دراسات أجنبية عديدة أن معامل الثبات لمقياس تقدير الذات تراوحت ما بين 0.70 حتى 0.88

و تم حساب معامل الثبات في البيئة العربية بتطبيق معادلة (كودر ريتشارد سون) 21(K.R-21) على عينة عددها (526) ذكور، (156) إناث، فوجد معامل الثبات عند الذكور يساوي 0.74 و عند البنات 0.77 و بالنسبة للعينة الكلية بلغ معامل الثبات 0.79، كما حسب بطريقة التجزئة النصفية بعد حذف العبارة

رقم (13)، و حساب الإرتباط بين درجات أفراد العينة النصف الأول و الثاني، و بلغ معامل الثبات بالتجزئة النصفية بالنسبة للذكور 0.84، و بالنسبة للإناث 0.88، أما العينة الكلية فبلغ 0.94.

صدقه: لقد تم حساب الصدق الذاتي للمقياس في البيئة الأجنبية لعبارات المقياس فوجد أن 90% من عبارات المقياس لها معاملات إرتباطية دالة، في حين أن 10% لم تكن لمعاملاتها دلالة إحصائية، و يتبين من هذا التحليل أن عبارات المقياس تقيس جيدا تقدير الذات، كما تم التأكيد من صدق المقياس في البيئة العربية عن طريق حساب معامل الإرتباط بين درجات المقياس على عينة عددها 152 طالب و طالبة فبلغ صدق المقياس

0.84 عند الذكور و 0.94 عند الإناث، و بنسبة للعينة الكلية فبلغ 0.88

(أمزيان زبيدة، 2007، ص93).

خلاصة الفصل:

تطرقنا في منهجية البحث إلى الخطوات اللازمة و المتفق عليها من طرف الباحثين للقيام ببحث علمي و التي تم الإشارة إليها سابقا من أجل منهجية قائمة على أساس واضح و منظم، وعليه تم إجراء مقابلة مع كل فرد من أفراد مجموعة البحث بالإستعانة بمقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" من أجل الإجابة على التساؤل المطروح.

و فيما يلي سوف نقوم بعرض و مناقشة و تحليل النتائج المتوصل إليها من أجل تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة، و هو إختبار تحقق الفرضية من عدمها.

الفصل الخامس

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد

1. **الحالة الأولى**

عرض و تحليل محتوى المقابلة

عرض و تحليل نتائج المقياس

2. **الحالة الثانية**

عرض و تحليل محتوى المقابلة

عرض و تحليل نتائج المقياس

3. **الحالة الثالثة**

عرض و تحليل محتوى المقابلة

عرض و تحليل نتائج المقياس

4. **الحالة الثانية**

عرض و تحليل محتوى المقابلة

عرض و تحليل نتائج المقياس

5. **الحالة الثانية**

عرض و تحليل محتوى المقابلة

عرض و تحليل نتائج المقياس

مناقشة الفرضية

تمهيد:

بعد توضيح طريقة و سيرورة هذه الدراسة من خلال تبيان منهجية البحث و وسائله، نصل في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق كل من المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" على أفراد مجموعة البحث المتكونة من خمسة حالات، حيث نسعى من وراء هذا الإجراء إلى العمل على جمع المعلومات و عرضها و تحليلها، و كذا مناقشتها للوصول إلى الهدف المتمثل بالدرجة الأولى في الإجابة على فرضيات البحث.

1- عرض و تحليل محتوى المقابلة و كذا المقياس للحالات:

عرض و تحليل محتوى المقابلة للحالة الأولى:

أ- تقديم الحالة الأولى:

يبلغ عمر المبحوثة (ز.هـ) 50 سنة متزوجة و أم لخمسة أبناء، و لديها مستوى دراسي رابعة متوسط و يبلغ وزنها 135 كغ. (سمنة مفرطة)

أثناء إجرائنا للمقابلة العيادية نصف الموجهة أبدت الحالة إرتياحا و ظهر ذلك من خلال إجاباتها على أسئلة المقابلة.

ب-عرض مضمون المقابلة:

محور الحالة الصحية:

اتضح لنا فيما يخص المحور المتعلق بصحتها أنها لم تشكوا من أمراض سابقة عضوية أو نفسية إلا أنها تعاني من السمنة المفرطة بالإضافة إلى ارتفاع ضغط الدم، مرض القلب، المفاصل و العظام، و بدأت تظهر عليها أعراض السمنة بعد الإنجاب منذ أكثر من 15 سنة.

المرض ليس وراثي بل مكتسب، و تصرح المبحوثة أنها كانت تتمتع بالوزن الخفيف لدرجة أن زوجها يحملها بيد واحدة، و ترجع أسباب السمنة إلى الإنجاب، و عندما إستشارت الطبيب، طلب منها إتباع الحمية الغذائية إضافة إلى ممارسة الرياضة و لم يسبق للمبحوثة اتباع الحمية الغذائية من قبل.

محور الحالة النفسية:

يظهر على المبحوثة الإنزعاج من وزنها المفرط و خصوصا بروز البطن بحجم كبير الذي يزعجها كثيرا و تقول "**كرشي كبير بزاف، ما نقدرش نتحرك، ما نقدرش ندير شغل الدار، و ما نقدرش نلبس صباطي**" و الحالة تقارن نفسها بالأخريات من نفس سنها و لا تنزعج من النظر في المرآة و تعتقد أن السمنة حرمتها من اللباس و من المشي فهي تتعب بسرعة و هي لا تستطيع حتى لبس حذائها، أما فيما يخص الظهور في الأماكن العامة فهي تحب الخروج و التنزه و الظهور في كل الأماكن.

محور الحياة الأسرية و الإجتماعية:

تصرح المبحوثة أن علاقتها بزوجها عادية جدا فهو حريص على صحتها ولا يأبه لوزنها المفرط، و تقول "**راجلي ايخاف علي نمرض و مايهموش وزني، فهو أصلا يحب لمرا خشينة و ما يحبش مرا نحيفة**"، أما علاقتها بأولادها متوترة فهم حريصين على تنبيهها بعدم الإكثار من الأكل و وجوب إتباع الحمية وممارسة الرياضة من أجل إنقاص وزنها، أما علاقة المبحوثة بالأصدقاء فهي عادية و تصرح أنها محبوبة جدا من أصدقائها ولكن أثناء خروجها من المنزل عادة ما تسمع تعليقات سخيفة عن مظهرها، و هي تفضل السكوت تفاديا للمشاكل.

محور التطلعات المستقبلية:

تلتزم الحالة بالحمية و ممارسة الرياضة منذ عام، و هي عازمة على إنقاص وزنها أكثر، علما أن وزنها نقص بـ 20 كغ، و الحالة تتمنى أن تنقص أكثر لتحقيق ما حرمتها منه السمنة و قيام بأشغال المنزل، و هي مرتاحة دون تعب.

تحليل محتوى المقابلة:

بعد عرضنا لمحتوى المقابلة نصف الموجهة تبين أن الحالة (ز.ه) تعاني من السمنة المفرطة المكتسبة التي تسببت لها ارتفاع ضغط الدم و مرض القلب و مرض العظام و المفاصل، و ترجع سبب السمنة إلى الإنجاب منذ أكثر من 15 سنة.

والحالة متضايقة من وزنها المفرط خصوصا ظهور البطن بحجم كبير، تقول "**كرشي كبير بزاف، ما نقدرش نتحرك، ما نقدرش ندير شغل الدار، و ما نقدرش نلبس صباطي**" و تضيف أنها تقارن نفسها بالأخريات من نفس سنها، و لا تتضايق من النظر في المرآة و تصرح أنها غير راضية عن صورة جسدها و تريد تغيير مظهرها، و ترى المبحوثة أن السمنة حرمتها من اللباس الذي ترغب فيه و المشي لمسافة طويلة دون تعب و هي حتى لا تستطيع أن تلبس حذائها نتيجة لكبر حجم البطن، كما أنها تحب الخروج من المنزل و الظهور في الأماكن العامة.

كما يظهر على الحالة القدرة على التكيف مع المرض و تجاوزه عن طريق وضع الثقة العالية في نفسها و تجعل من زوجها السند الأسري و الإجتماعي بقولها "**راجلي يخاف بزاف علي نمرض و ما يهموش وزني فهو أصلا يحب لمرا خشينة و ما يحبش مرا نحيفة**" ولكنها تعاني من توتر علاقتها بأبنائها اللذين يصرون عليها بإنقاص وزنها و وجوب اتباع الحمية الغذائية وممارسة الرياضة.

أما بخصوص علاقتها بأصدقائها فهي تصرح أنها علاقة عادية جدا، فالكل يحبها و يرتاح لها، لكن عادة ما تسمع تعليقات سخيفة عن مظهرها أثناء خروجها من المنزل و تفضل السكوت و عدم الرد.

و فيما يخص التطلعات المستقبلية للحالة فهي عازمة على إنقاص وزنها أكثر، فهي تمارس الرياضة بشكل منتظم منذ عام في قاعة متخصصة و متعددة الأجهزة الحديثة، و تصر على اتباع الحمية الغذائية من أجل صحة جيدة و تحقيق ما حرمتها منه السمنة.

عرض و تحليل نتائج المقياس للحالة الأولى:

تم تطبيق مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات على الحالة (ز.هـ) و دام ذلك 15 دقائق، والنتائج المتحصل عليها كالآتي:

جدول رقم (5) يوضح نتيجة مقياس "كوبر سميث" للمبحوثة الأولى (ز.هـ)

الرقم	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
01	عموما، لا أشغل بالي	X	
02	أعاني الكثير عندما يجب عليا أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس		X
03	أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو إستطعت	X	
04	أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة	X	
05	يمرح الناس بصحبتي	X	
06	غالبا ما تضايقني أسرتي		X
07	أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد	X	
08	يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني)	X	
09	عادة ما تعير أسرتي إنتباهها إلى ما أشعر به		X
10	أتنازل بسهولة للآخرين		X
11	تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع	X	
12	من الصعب جدا أن أكون أنا		X
13	كل شيء مبهم و مختلط في حياتي	X	
14	عامة لدي تأثير على الآخرين		X
15	لدي فكرة سيئة عن نفسي	X	
16	غالبا ما أرغب في تغيير حياتي		X
17	غالبا ما أشعر بعدم الإرتياح في عملي	X	
18	يبدو مظهري أقل جمالا من أغلبية الناس	X	
19	عندما يكون لدي شيء عموما اقوله	X	
20	تفهمني أسرتي جيدا	X	
21	أغلبية الناس محبوبون أحسن مني		X
22	عامة ما أشعر كأن أسرتي تضايقني	X	
23	غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما	X	
24	غالبا ما أفكر بأني أود لو أكون شخصا آخر	X	
25	غالبا ما لا يثق بي الآخرون		X

و فيما يلي نقوم بتصحيح مقياس "كوبر سميث" للحالة الأولى (ز.هـ)

جدول رقم (6) يوضح درجة المقياس للحالة الأولى (ز.هـ)

البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجة	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1

$$56 = 100 \times \frac{14}{25}$$

تحصلت المبحوثة (ز.هـ) على درجة 14 المقدرة بـ 56% و تصنف ضمن التقدير المتوسط للذات.

تحليل نتائج المقياس للحالة (ز.هـ):

تحصلت المبحوثة على درجة 56% و هذه الدرجة تنتمي إلى الفئة (40–60) أي تقدير متوسط للذات.

تبين أنه غير راضية بنفسها و مظهرها أقل جمالا من أغلبية الناس، و تريد أن تكون شخصا آخر و هذا يظهر من خلال البنود (15–18–24)، كما يظهر على الحالة القدرة على التكيف مع المرض و تجاوزه عن طريق وضع الثقة العالية في نفسها و لا تستسلم بسهولة و يظهر من خلال البنود (4–10).

خلاصة عامة للحالة الأولى (ز.هـ):

من خلال التحليل الذي قدمناه للمقابلة العيادية تبين لنا أن المبحوثة (ز.هـ) غير راضية عن صورة جسدها و تود في تغيير مظهرها، و لكن يظهر على الحالة القدرة على التكيف مع المرض و العزيمة على مواجهته و عدم الإستسلام، فكل هذا يشير إلى تقدير متوسط للذات، أما النتيجة المتحصل عليها في مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات فقد أشارت إلى مستوى متوسط للذات.

لهذا في الأخير نقول بأن ما أتى به في المقابلة العيادية يتوافق مع نتائج المقياس الذي يكون نتيجة أن للمبحوثة (ز.هـ) تقدير ذات متوسط.

عرض و تحليل محتوى المقابلة للحالة الثانية:

أ- تقديم الحالة الثانية:

يبلغ عمر المبحوثة (ك) 39 سنة، وهي متزوجة دون أطفال و لديها مستوى دراسي ثالثة ثانوي، و يبلغ وزنها 136 كغ. (سمنة مفرطة).

ب-عرض مضمون المقابلة:

محور الحالة الصحية:

إتضح لنا فيما يخص المحور المتعلق بصحتها أنها لم تشكو من أمراض نفسية أو عضوية سابقة إلا أنها تعاني من السمنة المفرطة، بالإضافة إلى ارتفاع ضغط الدم و الكولسترول، و بدأت تظهر عليها أعراض السمنة منذ الطفولة و السبب ترجعه إلى الوراثة لأن كل أفراد الأسرة يعانون من السمنة المفرطة، و حاولت المبحوثة اتباع الحمية الغذائية لكنها لم تنجح في إنقاص الوزن مما جعلها تستشير الطبيب الذي طلب منها ممارسة الرياضة بالإضافة إلى الحمية الغذائية.

محور الحالة النفسية:

تبدو الحالة متضايقة و غير راضية عن صورة جسمها خاصة الجزء السفلي منه، و هذا ما جعلها كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات اللواتي تتمتعن باللياقة، و لا تحب النظر في المرآة، تقول "**احلفت ما نزيدش نشوف**

روحي في المرايا"، أما بخصوص ما حرمتها منه السمنة تصرح أنها حرمت بسببها من نعمة الأطفال و هذا ما أكده لها الأطباء، كما أن عدم رضاها عن صورة جسدها جعلها تنفر من الأماكن العامة، تقول "**ما نحبش نخرج من الدار، ما نحب نخرج حتى بلاصة**".

محور الحالة الأسرية و الإجتماعية:

تصرح الحالة أن علاقتها مع أفراد أسرتها متوترة خاصة زوجها الذي يلح و يصر على إنقاص وزنها و يرى أنها السبب في حرمانه من الأطفال، إضافة إلى تعليقاته السخيفة عن وزنها المفرط "**وليتي قد البقرة، راك قد الغول**"، كما أنه يفرض عليها استخدام الأدوية المنحفة و اتباع الحمية الغذائية.

أما فيما يخص علاقة الحالة مع أصدقائها فهي تصرح أنهم يزعجونها بالتعاليق المؤلمة عن وزنها، و لكنها تفضل السكوت و عدم الرد تفاديا للمشاكل.

محور التطلعات المستقبلية:

تتواجد الحالة منذ شهرين في قاعة الرياضة متخصصة للنساء و متعددة الوسائل، من أجل ممارسة الرياضة إضافة إلى اتباع الحمية الغذائية و هي عازمة على إنقاص وزنها و دائما تتصور نفسها بعد إنقاص وزنها أنيقة و تحقيق كل ما حرمتها منه السمنة، إضافة إلى إسعاد زوجها، تقول "**راجلي يفرح بزاف**"، كما يمكنها الإنجاب.

ب- تحليل محتوى المقابلة للحالة الثانية (ك):

توصلنا من خلال المقابلة العيادية إلى أن الحالة (ك) تعاني من السمنة المفرطة الوراثية، أي منذ سن الطفولة، حيث تصرح المبحوثة أن جميع أفراد عائلتها يعانون من السمنة، و يظهر على الحالة القلق و التوتر

رغم محاولتها إخفاء ذلك من حين لآخر نتيجة عدم رضاها عن جسدها، و تضيف أنها كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات و خصوصا من اللواتي يتمتعن بالوزن الخفيف و الرشاقة، و تمنع نفسها من النظر في المرآة، تقول "**حلفت ما نزيدش نشوف روحي في المرايا**"، إلى جانب ذلك يرى "ح.زهران" سنة (1972) أن المقارنة تلعب دورا مؤثرا على تقدير الذات لدى الفرد فإذا قارن نفسه بجماعة تمتاز بكفاءات أقل منه فإنه سيزيد من تقديره لذاته اما إذا قارن نفسه بجماعة أعلى منه شأنا فإنه سيحط من قيمته.

(حامد عبد السلام زهران، 1972، ص61).

و منه الحالة متضايقة جدا من وزنها المفرط خصوصا الجزء السفلي الذي يظهر بحجم أكبر من الجزء العلوي و يخص بروز البطن و الوركين بحجم كبير و هذا ما قد يشعرها بالنقص فيشير "كو" "coe" (1972) أن صفات المرأة الجسدية من القيم الجمالية و الذي لا يتناسب مع معايير الثقافة السائدة قد يشعرها بالنقص.

(عن جبريل عبد الخالق، 1983، ص67).

كما تصرح المبحوثة أن السمنة حرمتها من الإنجاب ما جعلها تعاني من التوتر العلاقة الزوجية و افتقارها لمساندة الزوج لها و إصراره على إنقاص وزنها بشتى الطرق و استعماله لكلمات تؤثر فيها، تقول "**وليتي قد البقرة، راك قد الغول**"، و ما يزيد أيضا من معاناتها تؤثر علاقتها بأصدقائها و تعرضها للإهانات و التعليقات السخيفة عن وزنها و هي تفضل السكوت و عدم الرد ما أدى بها إلى الإنسحاب منهم و النفور من الأماكن العامة و هذاما قد يجعلها تشعر بالدونية مما ينتج عنه التقدير السلبي للذات و يؤكد "جيل" "Gale" (1969) أن مفهوم الفرد عن أهمية ذاته يستمد إلى حد بعيد من اتجاهات رفقائه نحوه.

(جبريل عبد الخالق، 1986، ص60)

أما بخصوص التطلعات المستقبلية للمبحوثة فهي عازمة على إنقاص وزنها، و هي تمارس الرياضة في قاعة و تصر على اتباع الحمية الغذائية من أجل التوصل إلى نتائج مرضية و تحقيق كل ما حرمته منه السمنة المتمثل في الإنجاب و إسعاد زوجها.

ج- عرض و تحليل نتائج المقياس للحالة الثانية:

تم تطبيق مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات على الحالة (ك) و دام ذلك 10 دقائق، والنتائج المتحصل عليها كالآتي:

جدول رقم (7) يوضح نتيجة مقياس "كوبر سميث" للمبحوثة الثانية (ك)

الرقم	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
01	عموما، لا أشغل بالي		X
02	أعاني الكثير عندما يجب عليا أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس		X
03	أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو إستطعت	X	
04	أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة	X	
05	يمرح الناس بصحبتي	X	
06	غالبا ما تضايقني أسرتي	X	
07	أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد	X	
08	يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني)		X
09	عادة ما تعير أسرتي إنتباهها إلى ما أشعر به		X
10	أتنازل بسهولة للآخرين		X
11	تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع		X
12	من الصعب جدا أن أكون أنا	X	
13	كل شيء مبهم و مختلط في حياتي	X	
14	عامة لدي تأثير على الآخرين		X
15	لدي فكرة سيئة عن نفسي	X	
16	غالبا ما أرغب في تغيير حياتي	X	
17	غالبا ما أشعر بعدم الإرتياح في عملي	X	
18	يبدو مظهري أقل جمالا من أغلبية الناس	X	
19	عندما يكون لدي شيء عموما اقوله	X	
20	تفهمني أسرتي جيدا		X
21	أغلبية الناس محبوبون أحسن مني	X	
22	عامة ما أشعر كأن أسرتي تضايقني	X	
23	غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما	X	
24	غالبا ما أفكر بأني أود لو أكون شخصا آخر	X	
25	غالبا ما لا يثق بي الآخرون	X	

و فيما يلي نقوم بتصحيح مقياس "كوبر سميث" للحالة الثانية (ك)

جدول رقم (8) يوضح درجة تقدير الذات للحالة الثانية (ك)

البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجة	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

$$20 = 100 \times \frac{5}{25}$$

تحصلت المبحوثة (ك) على درجة 5 المقدرة بـ 20% و تصنف ضمن التقدير المنخفض للذات.

تحليل نتائج المقياس:

تحصلت المبحوثة على درجة 20% و هذه الدرجة تنتمي إلى الفئة (20–40) أي تقدير ذات منخفض تبين أنها غير راضية بنفسها كما أنها تعاني من مشاعر النقص و الدونية، و لا تقدر نفسها و تود في تغيير نفسها و هذا ما يظهر في البنود (18–15–24...).

خلاصة عامة للحالة الثانية (ك):

من خلال التحليل الذي قدمناه للمقابلة العيادية تجلت لنا بعض المشاعر السلبية إتجاه الذات، التضايق من الوزن المفرط، و عدم الرضى عن صورة الجسم و تجنب العلاقات الإجتماعية مع الآخرين لسوء المعاملة التي تتعرض لها الحالة (ك)، فكل هذا يشير إلى تقدير منخفض للذات، أما النتيجة المتحصل عليها في مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات فقد أشارت إلى مستوى منخفض للذات.

لهذا في الأخير نقول بأن ما أتى به في المقابلة العيادية يتوافق مع نتائج المقياس الذي يكون نتيجة أن للمبحوثة (ك) تقدير ذات منخفض.

عرض و تحليل نتائج الحالة الثالثة:

أ- تقديم الحالة الثالثة:

يبلغ عمر المبحوثة (ز) 38 سنة، متزوجة و أم لأربعة أبناء و لديها مستوى دراسي ثالثة ثانوي، و يبلغ وزنها 135 كغ. (سمنة مفرطة).

أثناء إجرائنا للمقابلة العيادية نصف الموجهة أبدت المبحوثة إرتياحا من خلال طريقة إجابتها التلقائية و كانت متفاعلة مع أسئلة المقابلة

ب- عرض مضمون المقابلة:

محور الحالة الصحية:

إتضح لنا فيمل يخض المحور المتعلق بصحتها أنها لم تشكوا من أمراض سابقة نفسية أو عضوية إلا أنها تعاني من السمنة المفرطة بالإضافة إلى مرض السكري و مرض العظام و المفاصل و بدأت تظهر عليها أعراض السمنة بعد إنجاب الطفل الثاني منذ 10 سنوات.

و قالت أنها تتمتع بالوزن الخفيف يصل إلى درجة النحافة قبل الزواج، و ترجع سبب السمنة إلى الإنجاب و تناول حبوب منع الحمل و هذا ما صرحت به " **قع النسا ليشربو la pilule يسمانو donc normale**" أما بخصوص استشارة الطبيب عن السمنة فتقول "**إيه روحت لطبيب spécialement لسمنة واعطاني sport + Régime، ودرت le régime قبل مانروح لطبيب mais مادار لي والو، ودرك كي راني نديرهم في زوج cava انقصت شويه**".

محور الحالة النفسية:

ظهر على الحالة أنها متضايقة كثيرا من سمنتها المفرطة و هذا من خلال قولها "**سمنت بزاف بزاف surtout الكرش، كبير بزاف، ايديرونجيني بزاف**" و الحالة كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات خصوصا من اللواتي يتمتعن باللياقة البدنية و النحافة، و لا يهمها رأي الآخرين بها قدر ما يهمها رأي زوجها الذي يصر ويلح على إنقاص وزنها.

تقول "**مايهمنيش راي الغاشي قد ما يهمني راجلي، toujours يقارنني مع مرت صاحبو، و إلى شاف فيلم إيعيطلي و يقول لي أرواح تشوفي فالنسا ماشي كيما انت كالفيل**"

كما أن الحالة لا تحب النظر في المرآة، فقط تركز على الوجه و هي تعتقد أن السمنة حرمتها من الكثير اللباس، المشي، النوم المريح و العلاقة الجنسية كما يرغبها زوجها، أما بخصوص الظهور في الأماكن العامة فالحالة لا تحب الخروج من المنزل إلا إذا اقتضى الأمر ذلك، و هذا ما يجعلها تنسحب من المجتمع و تفضل العزلة و الإنطواء الذي يؤدي بها إلى الوقوع في فخ مرض الرهاب الإجتماعي (الفوبيا).

محور الحياة الأسرية و الإجتماعية:

علاقة المبحوثة مع أفراد أسرتها عادية جدا إلا زوجها الذي يصر على إنقاص وزنها، و هذا ما يسبب لها القلق و التوتر و أكثر تصرفاته إزعاجا لها عندما يشبهها بالفيل.

أما علاقتها بالأصدقاء، فالمبحوثة لا تملك عدد كبير من الأصدقاء و علاقتها بهم عادية جدا، فقط تشتكي من التعليقات السخيفة عن مظهرها التي تسمعها أثناء خروجها من المنزل و هي تفضل السكوت على الرد و المواجهة.

محور التطلعات المستقبلية:

تفكر المبحوثة في إنقاص وزنها و هي الآن تقوم بممارسة الرياضة في قاعة متخصصة و مجهزة بأحدث الوسائل مع متابعتها للحمية الغذائية، و أمنيتها أن تصبح بكامل الرشاقة لإسعاد زوجها و لكن ترى ذلك من الصعب و من المستحيل أن يحدث ما تتمناه، تقول"**impossible نولي كيما كنت parce que صعيب بزاف**"

تحليل محتوى المقابلة للحالة الثالثة (ز):

تم التوصل من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة أن الحالة (ز) تعاني من السمنة المفرطة المكتسبة التي ترجع سببها إلى الإنجاب و تناول حبوب منع الحمل منذ 10 سنوات كما تسببت السمنة لها مرض السكري و مرض العظام و المفاصل.

المبحوثة إستعملت أسلوب الإنكار من أجل التقليل من شدة التوتر و التخفيف من حدة القلق ويظهر ذلك من خلال قولها "**قع النسا ليشربو la pilule يسمانو، donc normale**"

و الحالة غير راضية عن صورة جسدها خاصة الجزء السفلي، تقول "**سمنت بزاف surtout الكرش كبير بزاف**"، و تضيف أنها كثيرة المقارنة لنفسها باللواتي تتمتعن بالرشاقة و لا تحب النظر في المرآة فقط تركز على الوجه و هذا ما قد يشعرها بالنقص.

كما أن الحالة لا تحب الظهور في الأماكن العامة و تتجنب ذلك و تبدو أنها متضايقة جدا من وزنها المفرط و هذا ما قد يؤدي بها إلى الإحساس بالدونية، و الشعور بالوحدة و تجنب المواقف الإجتماعية و ينتج عنه التقدير السلبي للذات.

وتصرح المبحوثة أن السمنة حرمتها من الكثير كاللباس و المشي و النوم المريح و إقامة علاقة جنسية كما يرغبها زوجها، وهذا ما جعلها تعاني من توتر العلاقة الزوجية و إفتقارها لمساندة الزوج لها و اصراره على إنقاص وزنها بشتى الطرق واستعماله لكلمات تؤثر فيها، تقول " **راجلي toujours ايقارنني مع مرت صاحبو و إلى شاف فيلم إيعيطلي و يقول لي أرواح تشوفي فالنسا ماشي كيما انت كالفيل**"

أما فيما يخص علاقة المبحوثة بأولادها و أصدقائها فهي تصرح أنها علاقة عادية جدا، فقط تشتكي من التعليقات السخيفة عن مظهرها التي تسمعها أثناء خروجها من المنزل، و هي تفضل السكوت و عدم الرد لأن ذلك لا يهمها فقط تهتم لأمر زوجها.

و بخصوص التطلعات المستقبلية للحالة، فهي متواجدة في قاعة الرياضة من أجل ممارسة الرياضة لإنقاص وزنها، إضافة إلى اتباع الحمية الغذائية من أجل التوصل إلى نتائج مرضية، و تحقيق كل ما حرمتها منه السمنة و إسعاد زوجها، و لكنها ترى ذلك من الصعب و من المستحيل أن تعود للحالة الطبيعية، تقول "**impossible نولي كيما كنت parce que صعيب بزاف**" وهذا ما قد يشعرها بالدونية و يخفض من تقديرها لذاتها.

ج- عرض و تحليل نتائج المقياس للحالة الثالثة:

تم تطبيق مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات على الحالة (ز) و دام ذلك 10 دقائق، والنتائج المتحصل عليها كالآتي:

جدول رقم (9) يوضح نتيجة مقياس "كوبر سميث" للمبحوثة الثالثة (ز)

الرقم	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
01	عموما، لا أشغل بالي		X
02	أعاني الكثير عندما يجب عليا أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس		X
03	أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو إستطعت	X	
04	أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة		X
05	يمرح الناس بصحبتي	X	
06	غالبا ما تضايقني أسرتي	X	
07	أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد		X
08	يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني)	X	
09	عادة ما تعير أسرتي إنتباهها إلى ما أشعر به		X
10	أتنازل بسهولة للآخرين	X	
11	تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع		X
12	من الصعب جدا أن أكون أنا	X	
13	كل شيء مبهم و مختلط في حياتي	X	
14	عامة لدي تأثير على الآخرين		X
15	لدي فكرة سيئة عن نفسي	X	
16	غالبا ما أرغب في تغيير حياتي		X
17	غالبا ما أشعر بعدم الإرتياح في عملي		X
18	يبدو مظهري أقل جمالا من أغلبية الناس	X	
19	عندما يكون لدي شيء عموما اقوله		X
20	تفهمني أسرتي جيدا		X
21	أغلبية الناس محبوبون أحسن مني	X	
22	عامة ما أشعر كأن أسرتي تضايقني	X	
23	غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما	X	
24	غالبا ما أفكر بأني أود لو أكون شخصا آخر	X	
25	غالبا ما لا يثق بي الآخرون		X

و فيما يلي نقوم بتصحيح مقياس "كوبر سميث" للحالة الثالثة (ز)

جدول رقم (10) يوضح درجة مقياس تقدير الذات للمبحوثة (ز)

البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجة	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1

$$28 = 100 \times \frac{07}{25}$$

تحصلت المبحوثة (ز) على الدرجة 7 المقدرة بـ 28% و تصنف ضمن التقدير المنخفض للذات.

تحليل نتائج القياس:

تحصلت المبحوثة على درجة 28% و هذه الدرجة تنتمي إلى الفئة (20–40) أي تقدير ذات منخفض تبين أنها غير راضية بنفسها، كما تعاني من النقص في مظهرها و تود في تغيير نفسها و هذا ما يظهر من خلال البنود (15، 18، 24 ...).

خلاصة عامة للحالة الثالثة (ز):

من خلال التحليل الذي قدمناه للمقابلة العيادية تجلت لنا بعض المشاعر الدونية و السلبية إتجاه الذات التضايق من الوزن و عدم الرضى عن صورة الجسم و توتر العلاقة الزوجية و تجنب العلاقات الإجتماعية فكل هذا يشير إلى تقدير منخفض للذات، أما النتيجة المتحصل عليها في مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات فقد أشارت إلى مستوى منخفض للذات.

لهذا في الأخير نقول بأن ما أتى به في المقابلة العيادية يتوافق مع نتائج المقياس الذي يكون نتيجة أن للمبحوثة (ز) تقدير ذات منخفض.

عرض و تحليل محتوى المقابلة للحالة الرابعة (و):

أ- تقديم الحالة الرابعة:

يبلغ عمر المبحوثة 37 سنة، متزوجة و أم لثلاثة أبناء، و لديها مستوى دراسي التاسعة أساسي، و يبلغ وزنها 136 كغ (سمنة مفرطة)

أثناء إجرائنا للمقابلة العيادية نصف الموجهة أبدت المبحوثة إرتياحا من خلال طريقة إجابتها التلقائية و كانت متفاعلة مع أسئلة المقابلة.

ب-عرض مضمون المقابلة:

محور الحالة الصحية:

إتضح لنا فيما يخص المحور المتعلق بصحتها أنها لم تشكو من أمراض سابقة عضوية أو نفسية ما عدا السمنة المفرطة التي بدأت أعراضها في الظهور بعد الزواج أي أكثر من 10 سنوات، و هي سمنة مكتسبة نتيجة لتناول حبوب منع الحمل و كثرة الأكل، تقول "**تشرب lapilule و ناكل بزاف surtout مع لعشية**" أما بخصوص إستشارة الطبيب فتصرح الحالة أنها سبق لها إستشارة الطبيب، و طلب منها إتباع الحمية الغذائية مع ممارسة الرياضة، و هي الآن متواجدة في قاعة الرياضة الخاصة بالتنحيف.

محور الحالة النفسية:

يظهر على الحالة أنها متضايقة من سمنتها التي تشوه مظهرها و هذا يظهر من خلال قولها "**بزاف هكذا**" "**سمنت بزاف**" و ما يقلقها أكثر في جسمها الممتلئ هو الصدر و البطن و الوركين، و هذا ما يحرمها من

الملابس التي تعجبها مثل السروال و التنورة، تقول"**أشحال نحب les pantalons بصح مع هذو**، تشير إلى الوركين و البطن و تقول "**impossible نلبسهم**، كما تضيف، **ألي يقولك هو سمين و يعجبو روحوه هكذاك يكذب**"

و تصرح أنها كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات من نفس سنها و خصوصا اللواتي يتمتعن بالوزن الخفيف و فيما يخص النظر في المرآة فتقول أنها لا تحب ذلك، أما الخروج من المنزل و الظهور في الأماكن العامة فترى ذلك يتوقف على الحالة النفسية التي تكون عليها.

محور الحياة الأسرية و الإجتماعية:

تعاني المبحوثة من توتر العلاقة الزوجية و توتر العلاقة مع أبنائها بسبب فرط وزنها، كما تصرح أنه على الرغم من صغرهم في السن إلا و أنهم يصرون عليها إنقاص الوزن و يرفضون الذهاب معها إلى المدرسة، لأن ذلك يعرضهم للسخرية بسببها تقول "**اولادي الصغار ايقولو لي ماتجيش عندنا خاطرش صحابنا ديما ايعيرونا ماماك قد مدينة أقبو**"، كما تضيف أنها بمجرد خروجها من المنزل تسمع تعليقات سخيفة عن مظهرها و تفضل السكوت و عدم المواجهة، و الحالة لم تعلق على علاقتها بأصدقائها و معاملتهم لها فقط تكتفي بالقول "**واش نقولك كاين او كاين**"

محور التطلعات المستقبلية:

الحالة دائمة التفكير في إنقاص وزنها، و هي الآن تمارس الرياضة في قاعة نسائية متخصصة و مجهزة بأجهزة حديثة، و تصر على اتباع الحمية الغذائية من أجل التوصل إلى نتائج مرضية و تحقيق ما حرمتها منه السمنة و من أجل صحة جيدة.

تحليل محتوى المقابلة للحالة الرابعة (و):

توصلنا من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة إلى أن الحالة (و) تعاني من السمنة المفرطة المكتسبة و التي تسببت لها إرتفاع ضغط الدم و الكولسترول و ترى أن السبب يعود إلى تناولها حبوب منع الحمل و كثرة الأكل تقول "**تشرب la pilule او ناكل بزاف**"، و يظهر على الحالة القلق و التوتر رغم محاولتها إخفاء ذلك بالضحك من حين لآخر نتيجة عدم رضاها عن جسمها، و تضيف أنها كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات من نفس سنها و خصوصا من اللواتي يتمتعن بالوزن الخفيف و تحرم نفسها من النظر في المرآة.

و منه المبحوثة متضايقة جدا من مظهرها الذي يخص وزنها المفرط خصوصا بروز الصدر و البطن و الوركين بحجم كبير، و يمنعها من اللباس الذي ترغبه ما قد يؤدي بها إلى الشعور بالدونية و النقص.

و تصرح الحالة (و) أنها تعاني من توتر العلاقة الزوجية بسبب مظهرها الذي يخص وزنها المفرط و تضيف أنها أيضا تعاني من توتر علاقتها بأبنائها الصغار اللذين يلحون عليها إنقاص الوزن و يرفضون الذهاب معها إلى المدرسة لأن ذلك يعرضهم للسخرية من أصدقائهم كما تضيف أنها بمجرد خروجها من المنزل تتعرض للتعليقات السخيفة عن مظهرها و كل هذا يؤثر في نفسيتها و قد يجعلها تشعر بالنقص و ما ينتج عنه من تقدير سلبي للذات.

و تصرح الحالة بخصوص علاقتها بأصدقائها أن هناك من يفهمها و هناك من لا يفهمها، تقول "**كاين او كاين**" و لا تريد الإفصاح أكثر من هذا.

أما فيما يخص التطلعات المستقبلية للحالة (و) فهي عازمة على إنقاص وزنها و تمارس الرياضة في قاعة متخصصة بأحدث الأجهزة، و تصر على اتباع الحمية الغذائية من أجل التوصل إلى نتائج مرضية و تحقيق ما حرمتها منه السمنة و من أجل صحة جيدة.

عرض و تحليل نتائج المقياس للحالة الرابعة:

تم تطبيق مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات على الحالة (و) و دام ذلك 15 دقائق، والنتائج المتحصل عليها كالآتي:

جدول رقم (11) يوضح نتيجة مقياس "كوبر سميث" للمبحوثة الرابعة (و)

الرقم	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
01	عموما، لا أشغل بالي	X	
02	أعاني الكثير عندما يجب عليا أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس	X	
03	أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو إستطعت	X	
04	أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة	X	
05	يمرح الناس بصحبتي	X	
06	غالبا ما تضايقني أسرتي	X	
07	أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد	X	
08	يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني)		X
09	عادة ما تعير أسرتي إنتباهها إلى ما أشعر به		X
10	أتنازل بسهولة للآخرين		X
11	تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع		X
12	من الصعب جدا أن أكون أنا	X	
13	كل شيء مبهم و مختلط في حياتي	X	
14	عامة لدي تأثير على الآخرين		X
15	لدي فكرة سيئة عن نفسي	X	
16	غالبا ما أرغب في تغيير حياتي		X
17	غالبا ما أشعر بعدم الإرتياح في عملي	X	
18	يبدو مظهري أقل جمالا من أغلبية الناس	X	
19	عندما يكون لدي شيء عموما اقوله	X	
20	تفهمني أسرتي جيدا		X
21	أغلبية الناس محبوبون أحسن مني		X
22	عامة ما أشعر كأن أسرتي تضايقني	X	
23	غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما	X	
24	غالبا ما أفكر بأني أود لو أكون شخصا آخر	X	
25	غالبا ما لا يثق بي الآخرون	X	

و فيما يلي نقوم بتصحيح مقياس "كوبر سميث" للحالة الرابعة (و)

جدول رقم (12) يوضح درجة تقدير الذات للحالة الرابعة (و)

البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجة	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0

$$28 = 100 \times \frac{07}{25}$$

تحصلت المبحوثة (و) على درجة 7 المقدرة بـ 28% و تصنف ضمن التقدير المنخفض للذات.

تحليل نتائج المقياس:

تحصلت المبحوثة (و) على درجة 28% و هذه الدرجة تنتمي إلى الفئة (20-40) أي تقدير ذات منخفض.

تبين أنها متضايقة و غير راضية بنفسها، و لا تقدر نفسها و ترى أن مظهرها ليس وجيها مثل معظم الناس، و تريد أن تكون شخصا آخر، إضافة إلى توتر علاقة المبحوثة بزوجها و أبنائها، و تجنب العلاقات الإجتماعية، و هذا ما ينتج عنه التقدير السلبي للذات، و هذا ما يظهر من خلال البنود (12-13-15-18-20-22-24-25).

خلاصة عامة للحالة الرابعة (و):

من خلال التحليل الذي قدمناه من المقابلة العيادية، تجلت لنا بعض المشاعر السلبية إتجاه الذات التضايق من الوزن و عدم الرضا عن صورة الجسم و توتر العلاقة الأسرية و تجنب العلاقات الإجتماعية مع

الآخرين، فكل هذا يشير إلى تقدير منخفض للذات، أما النتيجة المتحصل عليها في مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات فقد أشارت إلى مستوى منخفض للذات.

لهذا في الأخير نقول بأن ما أتى به في المقابلة العيادية يتوافق مع نتائج المقياس الذي يكون نتيجة أن للمبحوثة (و) تقدير ذات منخفض.

عرض و تحليل محتوى المقابلة للحالة الخامسة (ف):

أ- تقديم الحالة الخامسة:

تبلغ عمر المبحوثة (ف) 34 سنة، متزوجة و أم لأربعة أبناء و لديها مستوى دراسي ثالثة ثانوي، و يبلغ وزنها 135 كغ. (سمنة مفرطة).

أثناء إجرائنا للمقابلة العيادية نصف الموجهة أبدت الحالة إرتياحا و ظهر ذلك من خلال تفاعلها و إجاباتها على أسئلة المقابلة.

ب-عرض مضمون المقابلة:

محور الحالة الصحية:

إتضح لنا فيما يخص المحور المتعلق بصحتها أنها لم تشكو من أمراض نفسية أو عضوية سابقة إلا أنها تعاني من السمنة المفرطة، بالإضافة إلى مرض القلب و ارتفاع ضغط الدم و الكولستيرول و بدأت تظهر عليها أعراض السمنة منذ اكثر من 20 عاما أي منذ الزواج، كما تصرح أن السمنة تعود إلى الوراثة حيث تعاني كل نساء عائلتها من السمنة المفرطة، تقول "**كامل النسا تع فاميلتنا عندهم مشكل السمنة**" و سبق للمبحوثة

إستشارة الطبيب و طلب منها حمية غذائية إضافة إلى ممارسة الرياضة، حيث كانت المبحوثة تتابع الحمية الغذائية لكن لم تنجح في إنقاص وزنها.

المحور الخاص بالحالة النفسية:

بعد الدخول في هذا المحور الخاص بالحالة النفسية ظهر بعض القلق على المبحوثة إلا أنها تحاول إخفاءه بالضحك و الطرافة، و تصرح أكثر شيء يقلقها في جسمها هو البطن، تقول "**كرشي اخرج بزاف**" لأنه يزعجها خلال العملية الجنسية، و لا تستطيع المشي كثيرا لأنها تتعب بسرعة و تشعر بالثقل في كل ما تقوم به.

و الحالة كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات خصوصا من اللواتي يتمتعن بالرشاقة، و تصرح أنه لا يهمها رأي الآخرين بها، كما ترى نفسها دائما في المرآة و تعتقد أن السمنة منعتها من أشياء كثيرة أولها الظهور في سنها الحقيقي تقول "**السمنة تكبر، نبان كبيرة، mais أنا في الحقيقة صغيرة**"، أما بخصوص الظهور في الأماكن العامة فهي تصرح أنها تحب الخروج و لا تعاني من أي مشكل في ذلك.

المحور الخاص بالحياة الأسرية و الإجتماعية:

علاقة الحالة بزوجها عادية، فهي تقول أنها تزوجت عن حب كما أن زوجها لا يحب المرأة النحيفة، تقول "**راجلي سطايفي، ايحب لمرا تكون خشينة**"، أما علاقتها بأبنائها فهي متوترة، فهم يلحون عليها إنقاص الوزن و فيما يخص علاقتها بأصدقائها فهم يحبونها كثيرا، تقول"**قع ايحبوني، و يحبو ايهدرو معايا**"

محور التطلعات المستقبلية:

الحالة تمارس الرياضة في قاعة متخصصة، إضافة إلى اتباع الحمية الغذائية منذ 6 أشهر و نقص وزنها بـ 10كغ، وهي عازمة على إنقاص وزنها أكثر و هذا من أجل تحقيق كل ما حرمتها منه السمنة و من أجل صحة جيدة.

ج- تحليل محتوى المقابلة للحالة الخامسة (ف):

تم التوصل من خلال المقابلة العيادية إلى أن الحالة (ف) تعاني من السمنة المفرطة الوراثية، حيث تصرح أنه تعاني جميع نساء عائلتها من السمنة المفرطة، و بدأت تظهر عليها أعراض السمنة منذ أكثر من 20 عاما أي منذ الزواج، كما تسببت السمنة لها مرض القلب و ارتفاع ضغط الدم و الكوليسترول.

الحالة متضايقة من وزنها المفرط خصوصا بروز البطن بحجم كبير، و تقول"**كرشي اخرج بزاف**" و تضيف أنها ترى نفسها دائما في المرآة و تصرح أنها غير راضية بصورة جسدها و تريد تغيير نفسها و مظهرها، فكما يرى "ميخائيل أسعد) سنة (1991) أنه كلما كانت صورة الفرد الجسمية مشابهة بالآخرين كلما كان تقديره لذاته مرتفعا، و إذا لاحظ أي انحراف في مظهره فإنه سينتابه الضيق و القلق مما يؤدي به إلى الإنطواء و الإنسحاب إستجابة لتقديره المنخفض لذاته. (ميخائيل إبراهيم أسعد، 1991، ص95).

و بالتالي المبحوثة (ف) غير راضية عن مظهرها الذي يخص وزنها المفرط و هي متضايقة، الأمر الذي قد يجعلها تشعر بالنقص و الدونية، كما انها كثيرة المقارنة لنفسها بالأخريات اللواتي يتمتعن بالرشاقة، فكما يرى "ح زهران" (1972) أن المقارنة تلعب دورا مؤثرا على تقدير الذات لدى الفرد فإذا قارن نفسه بجماعة تمتاز

بكفاءات أقل منه فإنه سيزيد من تقديره لذاته، أما إذا قارن نفسه بجماعة أعلى منه شأنا فإنه سيقل من قيمته. (حميد عبد السلام زهران، 1972، ص69).

و تصرح الحالة (ف) أن السمنة حرمتها من الكثير أولها الظهور بسنها الحقيقي، تقول" **السمنة تكبر بزاف نبان كبيرة mais أنا في الحقيقة صغيرة**"، و تضيف أنها لا تهتم برأي الآخرين بها فهي تحب الظهور في الأماكن العامة، و الحالة تجعل من زوجها السند الأسري و الإجتماعي الذي من خلاله ينخفض القلق الذي بداخلها، تقول "**راجلي سطايفي ايحب لمرا تكون خشينة**"، و تضيف أنها تزوجت عن حب لذلك هي لا تعاني من توتر العلاقة الزوجية، و لكنها تعاني من توتر العلاقة بأبنائها الذين يصرون عليها إنقاص الوزن، أما بخصوص علاقتها بأصدقائها فهي تصرح بأن الكل يحبها، و لا تعاني من مشاكل إتجاههم، و فيما يخص التطلعات المستقبلية للحالة (ف) فهي عازمة على إنقاص وزنها و تمارس الرياضة بشكل منتظم منذ 6 أشهر في قاعة متخصصة و متعددة الأجهزة الحديثة، و تصر على اتباع الحمية الغذائية من أجل تحقيق ما حرمتها منه السمنة و من أجل صحة جيدة.

عرض و تحليل نتائج المقياس للحالة الخامسة (ف):

تم تطبيق مقياس "كوبر سميث" لتقدير الذات على الحالة (ف) و دام ذلك 10 دقائق، والنتائج المتحصل عليها كالآتي:

جدول رقم (13) يوضح نتيجة مقياس "كوبر سميث" للمبحوثة الخامسة (ف)

الرقم	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
01	عموما، لا أشغل بالي	X	
02	أعاني الكثير عندما يجب عليا أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس		X
03	أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو إستطعت	X	
04	أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة		X
05	يمرح الناس بصحبتي	X	
06	غالبا ما تضايقني أسرتي		X
07	أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد	X	
08	يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني)		X
09	عادة ما تعير أسرتي إنتباهها إلى ما أشعر به	X	
10	أتنازل بسهولة للآخرين	X	
11	تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع		X
12	من الصعب جدا أن أكون أنا	X	
13	كل شيء مبهم و مختلط في حياتي		X
14	عامة لدي تأثير على الآخرين	X	
15	لدي فكرة سيئة عن نفسي	X	
16	غالبا ما أرغب في تغيير حياتي		X
17	غالبا ما أشعر بعدم الإرتياح في عملي	X	
18	يبدو مظهري أقل جمالا من أغلبية الناس	X	
19	عندما يكون لدي شيء عموما اقوله		X
20	تفهمني أسرتي جيدا	X	
21	أغلبية الناس محبوبون أحسن مني	X	
22	عامة ما أشعر كأن أسرتي تضايقني	X	
23	غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما	X	
24	غالبا ما أفكر بأني أود لو أكون شخصا آخر	X	
25	غالبا ما لا يثق بي الآخرون	X	

و فيما يلي نقوم بتصحيح مقياس "كوبر سميث" للحالة الخامسة

جدول رقم (14) يوضح درجة تقدير الذات للحالة الخامسة (ف)

البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
الدرجة	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0

$$\frac{9}{25} \times 100 = 36$$

تحصلت المبحوثة (ف) على درجة 9 المقدرة بـ 36% و تصنف ضمن التقدير المنخفض للذات.

تحليل نتائج المقياس للحالة الخامسة (ف):

تحصلت المبحوثة (ف) على درجة 36% و هذه الدرجة تنتمي إلى الفئة (20-40) أي تقدير منخفض للذات، تبين أنها غير راضية عن مظهرها الذي يخص فرط وزنها و مظهرها أقل جمالا من أغلبية الناس و تريد تغيير نفسها بأن تكون شخصا آخر و لا تقدر نفسها و تعاني من توتر علاقتها بأبنائها و هذا ما يؤدي بها إلى تقدير سلبي للذات و يظهر من خلال البنود (3-15-18-24).

خلاصة عامة للحالة الخامسة (ف):

من خلال التحليل الذي قدمناه للمقابلة العيادية تجلت لنا بعض المشاعر السلبية إتجاه الذات، التضايق من الوزن المفرط، و عدم الرضا عن صورة الجسم و توتر علاقة المبحوثة بأبنائها، فكل هذا يشير إلى التقدير المنخفض للذات، أما النتيجة المتحصل عليها في مقياس "كوبر سميث" فقد أشار إلى مستوى منخفض للذات.

لهذا في الأخير نقول بأن ما أتى به في المقابلة العيادية يتوافق مع نتائج المقياس الذي يكون نتيجة أن للمبحوثة (ف) تقدير ذات منخفض.

2- مناقشة النتائج:

إنطلاقا من النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل محتوى كل مقابلة و كذا تطبيق و تحليل مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" توصلنا إلى الجدول التالي:

جدول رقم (15) يبين درجات تقدير الذات لدى الحالات الخمسة

الحالة	الحالة (1)	الحالة (2)	الحالة (3)	الحالة (4)	الحالة (5)
درجة تقدير الذات	56 تقدير ذات متوسط	20 تقدير ذات منخفض	28 تقدير ذات منخفض	28 تقدير ذات منخفض	36 تقدير ذات منخفض

يوضح الجدول رقم (15) نتائج المتحصل عليها من الحالات الخمسة التي توصلنا إليها في الجانب التطبيقي من البحث، فقد تحققت الفرضية نسبيا القائلة: تعاني النساء المصابات بالسمنة المفرطة من تقدير منخفض للذات أي ما يعادل أربعة حالات (الحالات : 2، 3، 4، 5) من مجموعة الحالات الخمسة يعانين من تقدير منخفض للذات باستثناء حالة واحدة، و هذا ناتج عن عدم تقبلهن لصورة أجسامهن و رفضهن لها لما تسببت لهن من تشويه للمظهر الذي يعتبر الناحية الجمالية لكل إمرأة كما تبين أن الحالات الأربعة يقارنن أنفسهن باللواتي يتمتعن بالرشاقة و هذا ما يشعرهن بالدونية و النقص، و ينتج عنه التقدير السلبي للذات، حيث يرى "ح زهران" سنة (1972) أن المقارنة تلعب دورا مؤثرا على تقدير الذات لدى الفرد، فإذا قارن نفسه بجماعة تمتاز بكفاءات أقل منه فإنه سيزيد من تقديره لذاته، أما إذا قارن نفسه بجماعة أعلى منه شأنا فإنه سيقل من قيمته. (حامد عبد السلام زهران، 1972، ص61)

كما أن انخفاض مستوى تقدير الذات لدى هذه الحالات ساهم فيه كل من الأسرة و المجتمع، و ذلك بنقدهم السلبي أو السخرية و الإستهزاء منهن، فأما الحالة الأولى التي تحظى بتقدير متوسط للذات بدرجة 56% و هذا يعود لمساندة الزوج و الأصدقاء لها، و على الرغم من قدرتها على التكيف مع المرض و تجاوزه عن طريق وضع الثقة العالية في نفسها إلا أنها غير راضية عن صورة جسدها و تود في تغيير مظهرها الذي تراه أقل جمالا من أغلبية الناس، فتتحقق الفرضية نسبيا بأغلبية أفراد مجموعة البحث يتفق مع دراسة "روزين" و "فالون" "Rosine et Fallon" (1985) و دراسة "كاش" "Kash" و مفادها أن الإناث أكثر إدراكا لأجسادهن، و أنهن أقل تقديرا لها، فلا تكاد توجد إمرأة تشعر بالرضا الكامل عن جسدها.

كما أن تحقق الفرضية راجع إلى تشوه صورة الجسم لدى النساء البدينات و عدم تقبلهن لمظهرهن و ينعكس سلبا على تقديرهن لذواتهن مما يولد لديهن الشعور بالنقص و الدونية، و هذا يتفق مع دراسة "دافيسون" "Davison" (2005) القائلة أن النساء يحققن رضا أقل عن أجسادهن و ميلا أكبر لإخفاء عيوبهن، و أنهن يركزن أكثر على المظاهر الإجتماعية لصورة الجسم، و النساء أكثر استياءا من صورة أجسامهن و أن تصوراتهن موجهة أكثر نحو المظهر.

و مما زاد أفراد العينة نقمته على صورة الجسم عدم تناسق الأعضاء بكبر حجم جزء على حساب جزء آخر، كضخامة الجزء السفلي من الجسم و بروز البطن أو الوركين.

و هذا يتفق مع دراسة (كفافي و نيال، 1996) التي جاء فيها أن الأنثى تهتم لتقويم جسمها من خلال الوزن و تناسق الأعضاء و الجاذبية.

و من خلال دراستنا لهذه الحالات تم التوصل إلى الحالات النفسية التي تتواجد فيها المرأة السمينة كحالة الإحباط الذي يعطي إحساسا بالتوتر و القلق الذي يسيطر عليهن و بالتالي تصبح الحالة النفسية أكثر تضررا من الحالة الجسدية.

كما أن التقدير المنخفض للذات عند بعض الحالات ساهم فيها الشعور بالدونية و النقص الناتج من الآخرين، فحسب "ماسلو" "Maslow" فإن في كل مرة تشعر شخصا بالرفض فذلك يصبح مصدر لخلق المرض النفسي لديه. (محروس الشناوي، 1996، ص68)

كما يؤدي إلى مقارنة النفس بالأخريات و يعتقدن أن الأخريات أحسن منهن و أوفر حظا منهن.

3- الإستنتاج العام:

من خلال دراستنا لتقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة المفرطة ما بين (34-50 سنة) على أفراد العينة البالغ عددهن (5) نساء متزوجات، تم التوصل إلى تحقيق الفرضية نسبيا و يدل على أن النساء المصابات بالسمنة المفرطة لديهن تقدير منخفض للذات، و ذلك لعدم رضاهن عن صورة أجسامهن و رفضهن لها، لما تسبب لهن من تشويه للمظهر الذي يمثل الناحية الجمالية لكل إمرأة، و هذا ما قد يجعل من المرأة البدينة في حالة نفسية مضطربة و هو ما يوقعها في فخ الإضطرابات النفسية، كما يؤدي بها إلى الإنعزال و الإنطواء و الهروب من المواقف الأجتماعية.

إن إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى النساء المصابات بالسمنة المفرطة يساهم فيه كل من الأسرة و المجتمع و ذلك بملاحظاتهم السلبية، بالإضافة إلى تشجيع وسائل الإعلام للنحافة، كل هذا يؤدي إلى الإحساس بالنقص و الدونية و ما ينتج عنه من تقدير منخفض للذات.

خاتمة

خاتمة:

تعد السمنة حالة مرضية خطيرة و عالمية بنسب مختلفة في كل دول العالم المتقدمة و النامية، و يعتبر التطرق لهذا المرض أمرا ضروريا لا يمكن إهماله كونه يتسبب في أخطار و مضاعفات صحية جسمية و نفسية، بالإضافة إلى أن السمنة مشكلة جمالية تشوه مظهر الجسم و صورة الفرد العقلية المثالية لذاته و تمس النساء أكثر، وما يتولد عن ذلك من أثار نفسية (القلق، الاكتئاب، مشاعر النقص و الدونية و ما ينتج عنه من التقدير المنخفض للذات) و اجتماعية (الإنسحاب و عدم الإندماج في المجتمع ...).

و هذا ما أدى بنا إلى القيام بهذه الدراسة من أجل معرفة إن كانت النساء المصابات بالسمنة المفرطة يعانين من تقدير منخفض للذات، و من أجل الإجابة على التساؤل قمنا بصياغة الفرضية التي تقول: تعاني النساء المصابات بالسمنة المفرطة من تقدير منخفض للذات، و لقد انتهجنا في ذلك المنهج العيادي و استعملنا تقنية المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث".

و قد خلصت دراستنا إلى النتيجة التالية: تحقق الفرضية نسبيا بأغلبية أفراد مجموعة بحثنا، و لأن للسمنة مخاطر نفسية و جسدية تراءت لنا بعض الإقتراحات التالية:

- إنشاء عيادات خاصة للتكفل النفسي بمرضى السمنة المفرطة.
- العمل على نشر الوعي بمخاطر السمنة النفسية و الجسدية عبر مختلف و سائل الإعلام و تفعيل دورات و ندوات و أيام تحسيسية.
- توفير ثقافة صحية و غذائية للمجتمع حول أسلوب التغذية السليمة بدءا من مرحلة الرضاعة، و ذلك محاولة لإنقاص إرتفاع نسبة السمنة بين الأطفال.
- الإبتعاد عن الأدوية ذات التأثيرات الجانبية الضارة و المخصصة لإنقاص الوزن السريع.

- توعية المجتمع حول الطرق السليمة في إنقاص الوزن بطريقة سليمة. و الإبتعاد عن الطرق الخاطئة لإنقاص الوزن.
- التشجيع على فتح الأندية الرياضية و نشرها في كافة المناطق لفسح فرصة الممارسة الرياضية البدنية المناسبة.
- القيام بدراسات أخرى تهتم بموضوع السمنة المفرطة وفق متغيرات مختلفة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1- قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم أبو زيد، 1987، **سيكولوجية الذات و التوافق**، دار المعرفة الجامعية، مصر، دون طبعة
2. أحمد الظاهر قحطان، 2004، **مفهوم الذات بين النظرية و التطبيق**، دار وائل للنشر، عمان، دون طبعة
3. الشناوي محمد، 2001، **التنشئة الإجتماعية للطفل**، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، طبعة 1
4. الظاهر محمد، 2004، **مفهوم الذات بين النظرية و التطبيق**، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، بدون طبعة
5. القوصي عبد العزيز، 1970، **علم النفس: أسسه و تطبيقاته التربوية**، مكتبة النهضة المصرية، مصر، طبعة 7
6. المليحي، 2001، **مناهج البحث في علم النفس**، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت، طبعة1
7. بحوش عمار، 2007، **مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، طبعة 1
8. بطرس حافظ بطرس، 2008، **المشكلات النفسية و علاجها**، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، دون طبعة
9. جودة بني جابر، 2004، **المدخل إلى علم النفس**، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، طبعة 1
10. حامد عبد السلام زهران، 1980، **التوجيه و الإرشاد النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، طبعة 2
11. حسين علي فايد، 1997، **المشكلات النفسية و الإجتماعية**، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، دون طبعة
12. رمضان محمد القدافي، 1999، **علم النفس الفزيولوجي**، المكتب الجامعي الحديث، الأزارطة، دون طبعة

13. سعاد جير سعيد، 2008، **سيكولوجية التنشئة الأسرية للفتيات**، الأردن، عالم الكتب الحديث، دار الكتاب العالمين، طبعة1

14. سناء سليمان، 2005، **تنمية الوعي بالذات**، عالم الكتب الحديث، القاهرة، طبعة 1

15. سهير كامل و شحاتة سليمان، 2007، **تنشئة الطفل و حاجاته بين النظرية و التطبيق**، مركز الإسكندرية للكتاب، بدون طبعة

16. شحاتة سليمان، 2008، **اختبارات و مقاييس سيكولوجية الأطفال**، دار المعرفة الجامعية، مصر، دون طبعة

17. شعبان بروال، 2006، السمنة: **أسبابها، طرق الوقاية منها، علاجها**، جامعة فرحات عباس، سطيف – الجزائر، دون طبعة

18. شيلي تايلور، 2008، **علم النفس الصحي**، دار الحميد للنشر و التوزيع، عمان الأردن، طبعة 1

19. صلاح محمد علي، 1998، **سيكولوجية التنشئة الإجتماعية**، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، طبعة 4

20. عادل فهمي، 2003، **وداعا السمنة**، دار الغد الجديد، المنصورة، مصر، الطبعة 1

21. عادل عبد الله محمد، 2000، **الصحة النفسية "الهوية و الإغتراب" و الإضطرابات النفسية**، دار الرشاد للطباعة و النشرأ بيروت، دون طبعة

22. عبد الفتاح دويدرا، 1992، **سيكولوجية العلاقة بين الذات والإتجاهات**، دار النهضة العربية، بيروت، دون طبعة

23. عبد الفتاح دويدرا، 2005، **سيكولوجية السلوك الإنساني**، دار المعرفة الجامعية، مصر، طبعة 1

24. عبد الرحمان العيساوي، دون سنة، **سيكولوجية النمو (دراسة نمو الطفل و المراهق)**، دار النهضة العربية للنشر و الطباعة، دون طبعة

25. عطوف محمد ياسين، 1981، **علم النفس الإكلينيكي**، دار العلم للملايين، بيروت، طبعة 1

26. فاروق عبد الفتاح و آخر، 1981، **إختبار تقدير الذات**، مكتبة النهضة العصرية، القاهرة، دون طبعة

27. فيصل محمد خير الزراد، 2000، **الأمراض النفسية الجسدية**، دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع، بيروت، طبعة 1

28. فيوليت، فؤاد إبراهيم و آخرون، 1998، **النظريات الشخصية**، دار الصفاء للنشر و التوزيع و الطباعة، الإسكندرية، دون طبعة

29. كامل دسوقي، 1979، **النمو التربوي للطفل و المراهق**، دار النهضة العربية و النشر، بيروت، دون طبعة

30. كفافي والنيال، 1995، **صورة الجسم و بعض المتغيرات الشخصية لدى عينة من المراهقات**، دار المعرفة الجامعية، مصر، دون طبعة

31. ليلى عبد الحميد، 1985، **مقاييس تقدير الذات للكبار و الصغار**، دار النهضة العربية، دون طبعة

32. مبروكة عمر ميحيرق، 2008، **الدليل الشامل في البحث العلمي**، مجموعة النيل العربية، بيروت، لبنان، طبعة 1

33. محمد بركات، 1975، **عيادات العلاج النفسي و الصحة النفسية**، دار المطبوعات، مصر، دزن طبعة

34. محمد حسن قطناني، 2011، **تطوير الذات (دورات تدريبية)**، دار جرير للنشر و التوزيع، السعودية، طبعة1

35. محمد عبد الظاهر الطيب و آخرون، 2007، **مناهج البحث في علوم التربية و النفسية**، مكتب الأنجلو مصرية، مصر، طبعة1

36. محمد يونس، 2004، **مبادئ علم النفس**، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن، طبعة 1

37. مصطفى فهمي، 1967، **علم النفس الإكلينيكي**، دار مصر للطباعة و النشر، دون طبعة

38. مصطفي فهمي، 1979، **التوافق الشخصي و الإجتماعي**، مكتبة القاهرة، دون طبعة

39. ميخائيل إبراهيم أسعد، 1991، صفحة95، **مشكلة الطفولة و المراهقة**، دار الآفاق، مصر، طبعة 2

40. نشواتي عبد المجيد، 1986، **علم النفس التربوي**، دار الفرقان، عمان، طبعة 3

2- قائمة القواميس باللغة الفرنسية:

41. Larousse Médicale, 1994

42. Le petit Larousse, 1994, Larousse

3- قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

43. Angers M, 1997, **initiation pratique à la Méthodologie des sciences hummaines,**

44. Apfel Baum Marian, 1998, **Risque et peurs alimentaires**, Edition odile jacob

45. Chiland C, 1985, **L'entretien Clinique**, PUF, paris

46. L'ecuyer ®, 1979, **Le concepte de soi**, EDPEF

47. PRESSE, 2007, **Loésité adulte et infantil: une démarche innovante et unique pour mieux prévenir et mieux soigner,** Communique de presse-assistance publique des hopiteaux de paris,

48. Roger perron, 1964, **La vie sexuel**, paris

4- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

49. Cooper Smith et all, 1983, **Sell-esteem and family cohesion: The child's perspective and adjusment**, journal of mariage and the family

50. Demo.D et all, 1987, **Family relation and the Self-esteem of adolecent and thier parents**, journat of mariage and the family.

51. Dubois et al, 1994, **Socio-enviren mentale**, paris

52. Helms.D.B and Turner.J.S, 1981, **exploring child behaviours, hold rinehart and winstion**, 2em Edition, NEW-YORK.

53. NEFF, K, 2008, **Self-contation, self-esteem and will-being**. journal of personality.

6- الرسائل و الأطروحات:

54. الأشرم رضا إبراهيم محمد، 2008، **صورة الجسم و علاقته بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية، دراسة سيكولوجية-إكلينيكية**، رسالة ماجستير، كلية التربية، مصر

55. أمال طايبي، 2010، **التنشئة الإجتماعية للأطفال غير الشرعيين**، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر

56. أمزيان زبيدة، 2007، **علاقة تقدير الذات بالمراهق**، مذكرة ماجستير، باتنة

57. دليلة عيطور، 1997، **الضغط النفسي العلاجي الإجتماعي لدى الممرضين**، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر

58. شريفي هناء،2002، **إستراتيجية المقاومة و تقدير الذات و علاقتهما بالعدولنية لدى المراهق الجزائري**، دراسة مقارنة، مذكرة ماجستير، قسم علم النفس، الجزائر

59. صباح العياشي، 2008، **الإستقرار الأسري و علاقته بمقاييس التكافؤ و التكامل بين الزوجين في ظل مختلف التغيرات التي عرفها المجتمع الجزائري**، أطروحة الدكتوراه الدولة، جامعة الجزائر

60. عبد الحق بركات، 2008، **الشعور بالوحدة النفسية و علاقته بمستوى تقدير الذات لدى عينة من الطلبة الجامعيين**، رسالة ماجستير، الجامعة الجزائرية

61. مختار كتاش سليم، 2001، **علاقة تقدير الذات بالتوافق النفسي عند المراهق المعاق حركيا**، رسالة ماجستير، الجزائر

62. نزيم صرداوي، 2009، **المحددات الغير ذهنية للتفوق الدراسي**، أطروحة الدكتوراه، قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطفونيا، جامعة الجزائر

7- المجلات باللغة العربية:

63. أحمد خيري حافظ و آخر، 1990،**أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات و تقديرها، و انخفاض الشعور بالذنب و انعدام الطمأنينة و الإنفعالية لدى جماعة عصابية**، مجلة علم النفس مجلة فصلية، تصدر في الهيئة المصرية للكتاب، العدد 14

64. جبريل عبد الخالق، 1983، **تقدير الذات لدى الطلبة المتفوقين و غير المتفوقين دراسيا**، مجلة الدراسات، العلوم الإنسانية، سلسلة أ

65. حامد عبد السلام زهران، 1972، **إختبار مفهوم الذات الخاص في التوجيه و العلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، المجلد 4

66. حسن فكري منصور، 2004، **كيف تنقص وزنك**، دار الصفا و المروة للنشر و التوزيع

67. حسين فايد، 2004، **الرهاب الإجتماعي و علاقته بكل صورة الجسم و مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة**، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 18

68. زياد درويش عدنان الحمودي، 2005، **السمنة وباء مبالغ في أخطاره**، مجلة العلوم، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، المجلد 21

69. سهير كامل، 2000، **الحرمان من الوالدين في الطفولة المبكرة و علاقته بجوانب النمو**، مجلة علم النفس، القاهرة

70. عيسى عبود دونا، 2011، **أثر فرط الوزن و السمنة على صورة الجسم و تقدير الذات لدى السيدات**، مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية، سلسلة العلوم الصحية، المجلد 33، العدد5

71. فاروق عبد الفتاح السلام، 1987، **مقارنة نحو الذكاء و تقدير الذات**، دراسة ميدانية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر

72. معتز سيد عبد الله، 2000، **بحوث في علم النفس الإجتماعي والشخصية**، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة مجلد 2

8- الموسوعات العلمية باللغة الأجنبية و مواقعها:

73. Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, et al. (2006). "**Putative contributors to the secular increase in obesity: Exploring the roads less traveled**"

- www.wikipedia.org

74. WHO, 2010, **Body Nutrition and fitness**

- www.who.int/mediacentre/

الملاحق

الملحق رقم (1)

دليل المقابلة نصف الموجهة

يحتوي دليل المقابلة على أربعة محاور رئيسية تتمثل في:

البيانات الشخصية

الإسم، السن، المستوى الدراسي، المهنة، الحالة العائلية (متزوجة، عازبة، أرملة)، عدد الأولاد.

المحور الأول: الحالة الصحية

- متى بدأت أعراض السمنة لديك ؟
- هل تعانين من أمراض أخرى ؟ ما هي ؟
- هل هي سمنة وراثية أم مكتسبة ؟
- هل سبق لك أن قمت باتباع الحمية الغذائية ؟
- هل سبق لك استشارة الطبيب أو اجراء فحوصات طبية ؟

المحور الثاني: الحالة النفسية

- ماذا يقلقك أكثر في جسمك ؟ لماذا ؟
- هل تقارنين نفسك بالأخريات ؟
- هل يهمك رأي الآخرين بخصوص صورة جسمك؟
- هل ترين نفسك في المرآة ؟
- هل تعتقدين أن السمنة حرمتك من أشياء ترغبين فيها ؟ ما هي ؟
- هل تحبين الظهور في الأماكن العامة ؟

المحور الثالث: الحياة الأسرية و الإجتماعية

- كيف هي علاقتك مع أفراد الأسرة ؟ (الزوج، الوالدين، الإخوة)
- ما هي أكثر تصرفاتهم إزعاجا لك ؟

- كيف هي علاقتك بـ (الزملاء، الأصدقاء) ؟
- كيف كان رد فعلك ؟

المحور الرابع: التطلعات المستقبلية

- هل نجحت في إنقاص وزنك بممارستك للرياضة ؟
- هل تفكرين في مشروع علاجي لإنقاص وزنك ؟ ما هو ؟
- كيف تتصورين نفسك بعد إنقاص الوزن ؟
- كيف تتوقعين ردة فعل (أفراد الأسرة، الزوج، الزملاء و الأصدقاء) بعد ذلك ؟

الملحق رقم (2)

الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس

مقياس كوبر سميث للراشدين

ترجمة مخبر علم النفس القياسي

تحت إشراف ن.خالد

اللقب .... الإسم ....

السن .... الجنس .... تاريخ الإختبار ....

المهنة .... مستوى التعليم ....

التعليمات

اقرأ التعليمات بتمعن قبل الإجابة

في الصفحات الآتية، تجد مجموعة جمل تعبر عن مشاعر، أراء و ردود أفعال، إقرأ كل جملة بتمعن.

إذا ما تبين لك أن جملة تعبر عن طريقتك العادية في التفكير أو السلوك، ضع علامة (x) في خانة العمود الأول المعنون "يشبهني".

أما إذا كانت الجملة لا تعبر عن طريقتك العادية في التفكير أو السلوك، فضع علامة (x) في خانة العمود المعنون " لا يشبهني".

حاول قدر الإمكان الإجابة عن كل الجمل حتى و إن بدت لك بعض الإختيارات صعبة.

اقلب الصفحة و اشرع في العمل.

الرقم	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
01	عموما، لا أشغل بالي		
02	أعاني الكثير عندما يجب عليا أخذ الكلمة أمام مجموعة من الناس		
03	أشياء كثيرة في نفسي أغيرها لو إستطعت		
04	أتوصل لأخذ قرارات بدون صعوبة كبيرة		
05	يمرح الناس بصحبتي		
06	غالبا ما تضايقني أسرتي		
07	أستغرق وقتا طويلا للتعود على شيء جديد		
08	يقدرني كثيرا أقراني (من نفس سني)		
09	عادة ما تعير أسرتي إنتباهها إلى ما أشعر به		
10	أتنازل بسهولة للآخرين		
11	تتوقع مني أسرتي أكثر مما أستطيع		
12	من الصعب جدا أن أكون أنا		
13	كل شيء مبهم و مختلط في حياتي		
14	عامة لدي تأثير على الآخرين		
15	لدي فكرة سيئة عن نفسي		
16	غالبا ما أرغب في تغيير حياتي		
17	غالبا ما أشعر بعدم الإرتياح في عملي		
18	يبدو مظهري أقل جمالا من أغلبية الناس		
19	عندما يكون لدي شيء عموما اقوله		
20	تفهمني أسرتي جيدا		
21	أغلبية الناس محبوبون أحسن مني		
22	عامة ما أشعر كأن أسرتي تضايقني		
23	غالبا ما أفقد عزيمتي عندما أكون بصدد القيام بعمل ما		
24	غالبا ما أفكر بأني أود لو أكون شخصا آخر		
25	غالبا ما لا يثق بي الآخرون		